

Série 1. FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON N° 1224

DU TRAITEMENT DES
RÉTRÉCISSEMENTS CANCÉREUX
de l'œsophage

(ÉTUDE DE DIVERS PROCÉDÉS)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 Juillet 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

AMÉDÉE BERT

PROFESSEUR A LA FACULTÉ

Ex-Interne lauréat des Hôpitaux de Lyon et de la Maternité de la Charité

(Prix Bouchet, Chirurgie 1896)

Ex-Préparateur du cours d'Anatomie

Né à Celigny, Canton de Genève (Suisse), le 30 Juin 1868



LYON. — IMPRIMERIE DES FACULTÉS. — LYON

20, RUE CAVENNE, 20

Juillet 1896

DU TRAITEMENT DES
RÉTRÉCISSEMENTS CANCÉREUX
de l'œsophage

(ÉTUDE DE DIVERS PROCÉDÉS)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON.

Et soutenue publiquement le 22 Juillet 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

AMÉDÉE BERT

PROFESSEUR A LA FACULTÉ

Ex-Interne lauréat des Hôpitaux de Lyon et de la Maternité de la Charité

(Prix Bouchet, Chirurgie 1896)

Ex-Préparateur du cours d'Anatomie

Né à Celigny, Canton de Genève (Suisse), le 30 Juin 1868



LYON. — IMPRIMERIE DES FACULTÉS. — LYON

20, RUE CAVENNE, 20

—
Juillet 1896

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.....	DOYEN.
LÉPINE.....	ASSESEUR

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.....	BONDET.
Clinique obstétricales et Accouchements.....	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.....	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.....	GAYET.
Physique médicale.....	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.....	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.....	MONOYER.
Matière médicale et Botanique.....	HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.....	CAZENEUVE.
Anatomie.....	FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.....	LORTET.
Physiologie.....	TESTUT.
Pathologie interne.....	RENAUT.
Pathologie externe.....	MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.....	TEISSIER.
Anatomie pathologique.....	AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.....	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.....	TRIPIER.
Médecine légale.....	POLLOSSON (Maurice)
Hygiène.....	ARLOING.
Thérapeutique.....	LACASSAGNE.
Pharmacie.....	BARD.
	SOULIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes.....	LAROYENNE.
---------------------------------------	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.....	MM. WEILL.	agrégé
Accouchements.....	POLLOSSON (Aug.)	—
Botanique.....	BEAUVISAGE.	—

AGRÉGÉS

MM. BARRAL.	MM. CURTILET.	MM. MOREAU.	MM. SIRAUD.
BEAUVISAGE.	DEVIC.	POLLOSSON (Aug.)	VALLAS.
BOYER.	DOYON.	ROCHET.	CAUSSE, chargé des
CONDAMIN.	DURAND.	ROLLET.	fonctions d'agrégé.
COURMONT	GANGOLPHE.	ROQUE.	
COLLET.		ROUX.	

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. OLLIER, *Président* ; M. GANGOLPHE, *Assesseur* ; MM. POLLOSSON (A.) et VALLAS, *Agrégés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A mon Père

A ma Mère

A mon Président de Thèse
Monsieur le Professeur OLLIER

A Monsieur le Professeur TESTUT
Témoignage de Reconnaissance

INTRODUCTION

Le sujet auquel nous consacrons aujourd'hui notre thèse inaugurale nous fut proposé dans un concours sous la forme suivante : « *Traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage. — Etude critique. — Résultats.* »

Nous avons donc à envisager successivement et sans parti pris les nombreuses méthodes proposées pour le traitement du cancer œsophagien en mettant en vue leurs avantages aussi bien que leurs inconvénients, puis à en comparer les résultats. En d'autres termes nous devons essayer de répondre à la question suivante : *Comment doit-on traiter le cancer de l'œsophage ?*

Or un tel problème n'est pas de ceux qui se résolvent aisément et nous n'en voulons pour preuve, que la multitude de travaux qu'il a inspirés. Chaque procédé (et ils sont nombreux) a en effet ses adversaires ardents comme il a ses partisans convaincus et il nous aurait été facile de recueillir dans la

littérature médicale un nombre suffisant de faits pour plaider, dans chaque cas, le pour et le contre. Mais, nous n'avons pas voulu faire œuvre par trop impersonnelle et nous avons été heureux de pouvoir grâce à l'obligeance de nos Maîtres, nous rendre compte par nous même, de la valeur de certains procédés ainsi que des résultats obtenus par la pratique que nous défendons plus loin.

Arrivé au terme de nos études médicales, nous sommes heureux de pouvoir remercier ici publiquement tous ceux envers lesquels nous avons contracté de si fortes dettes de reconnaissance, tant à la Faculté que dans les Hôpitaux.

M. le Professeur Ollier dont nous avons eu l'honneur d'être l'Interne à la fin de notre stage hospitalier, en nous ouvrant les portes de son laboratoire, et en nous faisant largement profiter de son enseignement clinique si recherché, a droit à notre profonde gratitude et nous lui demandons la permission de le lui exprimer ici. Nous sommes fier de pouvoir nous intituler son élève et vivement flatté de l'honneur qu'il nous a fait en voulant bien accepter la présidence de notre thèse.

M. le Professeur Lortet, Doyen de la Faculté, a bien voulu s'intéresser à nous dès le début de nos études médicales et nous obliger en maintes circonstances, aussi espérons-nous qu'il voudra bien nous permettre de lui exprimer une fois de plus notre sincère reconnaissance.

M. le Professeur Testut, dont nous avons eu l'honneur d'être le Préparateur, et dans le laboratoire duquel nous fûmes ensuite appelé aux fonctions de Prosecteur, nous a bien souvent encouragé de ses bons conseils et instruit de ses savantes leçons. En nous faisant prendre part à ses travaux, il nous a mis à même d'apprécier l'intérêt immense qui réside dans l'étude de l'Anatomie telle qu'il la conçoit, et nous sommes heureux d'avoir l'occasion de lui exprimer à nouveau notre profonde gratitude et notre sincère attachement.

Quand au sujet même de notre mémoire, il fut proposé par M. le prof. agrégé Gangolphe aux conseils et à l'expérience duquel nous avons eu maintes fois recours. Fermement convaincu des services que peut rendre dans nombre de cas la sonde à demeure, M. Gangolphe nous engagea à insister à nouveau sur les avantages de ce procédé, et si la défense que nous en présentons a quelque valeur c'est à lui qu'on voudra bien l'attribuer. Notre reconnaissance du reste lui était déjà acquise, M. Gangolphe nous ayant témoigné son amitié en des circonstances que nous ne saurions oublier.

A trois reprises différentes nous avons eu l'honneur d'être l'Interne de M. le Prof. agrégé Auguste Pollosson. Pendant les dix-huit mois que nous avons passés auprès de lui, il n'a cessé de nous témoigner une réelle amitié. A maintes reprises il nous a prodigué ses conseils et fait profiter de son expérience. Nous en avons été vivement touché, et lui exprimons ici notre sincère reconnaissance.

Nous adressons également à M. le Dr Garel, Médecin des Hôpitaux, dans le service duquel nous débutâmes comme Interne, nos meilleurs remerciements pour l'accueil amical qu'il nous fit, et les aimables relations qu'il a bien voulu nous permettre d'entretenir depuis lors avec lui. Nous lui devons d'avoir pu consulter dans sa riche bibliothèque plusieurs mémoires spéciaux concernant le sujet qui va nous occuper.

A plusieurs reprises, nous avons eu recours à l'autorité de M. le Professeur agrégé Bouveret, et nous avons toujours trouvé dans le service de ce dernier, le plus aimable accueil et les encouragements les plus bienveillants.

Que M. le Dr M. Pollosson veuille bien accepter également nos sincères remerciements pour l'amabilité qu'il nous a témoignée tant au Laboratoire de Médecine opératoire que dans son service de l'Hôtel-Dieu.

Nous remercions de même M. Drivon, Médecin des Hôpitaux, et M. Aubert, Chirurgien de l'Antiquaille, qui tous deux dirigèrent nos premiers pas, tant en médecine qu'en chirurgie, de l'utile enseignement qu'ils nous ont prodigué.

Note maître, M. le Professeur agrégé Vallas, voudra bien nous permettre de lui exprimer une fois de plus notre reconnaissance pour les bons conseils qu'il nous a plusieurs fois donnés. Qu'il soit assuré que nous conserverons toujours un aimable souvenir de son enseignement.

Nous remercions également MM. les Professeurs

agrégés Devic, Rochet et Jaboulay, de leur amabilité et de leur complaisance à notre égard. Nous devons à ce dernier d'avoir pu consulter une statistique encore inédite de gastrostomies.

Mais la liste de tous ceux dont nous sommes l'obligé serait incomplète si nous n'y ajoutions les noms de nos premiers Maîtres de la Faculté de Genève, MM. les professeurs Laskowsky et J.-L. Reverdin.

Enfin, car nous avons mis à contribution bien des complaisances, nous remercions vivement M. le D^r Sieur, Médecin-Major, Répétiteur à l'École du Service de Santé Militaire, pour les utiles renseignements bibliographiques qu'il nous a obligeamment fournis ainsi que nos amis M. Gojon et G. Gayet pour l'amabilité avec laquelle ils ont mis à notre disposition leur profonde connaissance de la langue anglaise.

A la veille de quitter l'Internat, qu'il nous soit permis d'exprimer aux amis que nous nous y sommes faits, aux plus âgés comme aux plus jeunes, notre affection bien sincère. Point n'est besoin de mettre des noms, ceux qui se sont trouvés si souvent avec nous dans les bons comme dans les mauvais moments se reconnaîtront aisément dans ces quelques lignes qu'ils voudront bien considérer comme gage de notre vieille amitié.

CHAPITRE PREMIER

Du traitement du cancer œsophagien en général.

Aujourd'hui comme autrefois, l'unique traitement radical de toute tumeur maligne étant encore l'extirpation totale, il s'ensuit qu'on ne peut concevoir la guérison d'un cancer de l'œsophage par un autre procédé. Malheureusement cet organe n'est pas chirurgicalement accessible dans tout son parcours; et si l'on a pu dans certains cas de néoplasme de sa portion cervicale, enlever la tumeur en entier et pratiquer ainsi un traitement radical et curateur au moins en principe, l'extirpation totale est impossible dans la grande majorité des cas, tant par la situation primitive de la tumeur que par son étendue ou par l'envahissement des organes voisins; aussi, est-on le plus souvent forcé de s'en tenir à un traitement purement palliatif. D'où la division fondamentale de notre sujet en :

I. TRAITEMENT CURATEUR

II. TRAITEMENT PALLIATIF

celui-ci bien plus souvent appliqué que celui-là.

Abstraction faite donc, des cas malheureusement trop rares où le traitement curateur est applicable,

le cancer de l'œsophage est une affection incurable et le rétrécissement qu'il détermine conduit fatalement à la mort par inanition. Aussi, les nombreux procédés que nous allons avoir à envisager, sont-ils tous destinés à permettre une alimentation artificielle afin d'éviter au malade les tortures de la faim et de prolonger son existence dans les mesures du possible. Mais si le malade échappe à la mort par inanition, si l'on peut par un procédé quelconque, pourvoir artificiellement à son alimentation, il n'en est pas moins voué à brève échéance à la mort par cachexie cancéreuse. Cette mort surviendra plus ou moins rapidement selon la résistance du malade, la malignité de la tumeur et enfin, (point particulièrement intéressant pour nous) selon le procédé employé pour son alimentation artificielle.

En présence donc de ces malheureux, qui, quoi qu'on fasse, sont voués à une mort prochaine, il est tout naturel de se demander s'il convient de les exposer aux dangers de la gastrostomie ou aux inconvénients de la sonde à demeure. Quiconque s'est trouvé en présence d'un malade porteur d'un rétrécissement infranchissable et arrivé aux dernières limites de la cachexie, s'est posé cette question à laquelle il est bien délicat de répondre, étant donné les résultats obtenus dans ces conditions. Et, bien plus, cette même question de l'intervention qui se pose dans les cas extrêmes, se pose également alors que l'affection est encore à son début. D'où il résulte que l'indication d'intervenir dans le traitement de l'affection qui nous occupe n'est nullement quel-

que chose de bien défini. Il paraîtra donc naturel que nous tentions l'esquisse générale des indications avant d'aborder l'étude des procédés.

Des indications dans le traitement du cancer de l'œsophage.

Quelle que soit l'affection en face de laquelle on se trouve, il faut, pour que l'intervention soit légitimée, que celle-ci permette d'espérer isolément ou simultanément : la guérison — le soulagement des souffrances — la prolongation de la vie. Or, pour ce qui concerne le cancer de l'œsophage on ne peut, nous l'avons déjà dit, espérer la guérison que dans des cas tout à fait exceptionnels. Aussi, le véritable traitement de l'affection qui nous occupe doit-il malheureusement se borner à répondre aux deux dernières indications (le soulagement des souffrances et la prolongation de la vie) qui sont ici, fort heureusement, conciliables. En effet, l'imminence de la mort par inanition d'une part, et les souffrances endurées par le malade d'autre part, sont fonctions de la même lésion, le rétrécissement de l'œsophage capable à lui seul de déterminer cette lente et cruelle agonie si éloquemment décrite par le professeur Le Fort (1).

Celui-ci rappelait en effet, le douloureux spectacle qu'offre « tout malheureux atteint d'un rétrécissement de l'œsophage dont il voit chaque jour augmenter

(1) Des indications thérapeutiques dans les rétrécissements cicatriciels et cancéreux de l'œsophage par le Professeur Le Fort. — Bulletin général de thérap. 15 janvier 1890.

les progrès, cherchant en vain à calmer la faim qui le tourmente, la soif qui le dévore, ne pouvant ingérer ni aliment, ni boisson, subissant avec toute les horreurs de la réalité le supplice de Tantale et voyant arriver la mort qu'il cherche à repousser par des tentatives infructueuses ». En présence d'un tel malade, l'alimentation artificielle s'impose. Malheureusement, ce qui paraît si simple en théorie, soulève en pratique de grosses difficultés. En effet, non seulement le choix du procédé à employer est des plus discutable, mais encore conseille-t-on souvent d'intervenir alors que l'affection à son début, n'a point encore empêché le malade de s'alimenter suffisamment de lui-même. On espère ainsi, soit arrêter les progrès du rétrécissement (sonde à demeure), soit offrir au malade plus de chances de supporter l'intervention, si celle-ci doit être grave (gastrostomie).

Or, quel que soit le procédé appliqué, il constitue une infirmité et l'on se trouve enfermé dans le dilemme suivant : Ou bien, intervenir de bonne heure, en créant immédiatement une infirmité, afin d'avoir plus de chances de prolonger l'existence du malade ; ou bien n'intervenir que lorsqu'il le faut absolument ; on a alors une survie peut-être plus courte, si l'on compte à partir du moment de l'intervention, vraisemblablement égale si l'on en déduit le temps pendant lequel le malade se serait encore alimenté seul, mais en tout cas, on a la conviction de ne pas avoir imposé à celui-ci une infirmité chirurgicale pendant les quelques semaines où il aurait encore pu se nourrir de lui-même. Ce qui fait, qu'en définitive, on a à mettre

en regard une infirmité précoce pour une survie très relative.

Comme on le voit, le problème est complexe, et on pourrait y faire intervenir des questions déontologiques, le chirurgien ayant à juger, s'il convient, pour tenter de prolonger la vie du malade dans des limites toujours restreintes, de lui imposer une infirmité alors que celui-ci pourrait encore s'en passer. Actuellement et sans vouloir anticiper, qu'il nous suffise de dire que tant qu'un malade s'alimente suffisamment de lui-même, il faut croyons-nous, se borner à le surveiller en réservant toute tentative de traitement pour le moment où la dysphagie aura atteint un degré incompatible avec le minimum de nourriture nécessaire.

Enfin, on ne saurait trop insister sur le fait qu'en généralisant à l'œsophage, ce que M. Bouveret⁽¹⁾ dit du cancer du cardia, on trouve que la durée de l'affection abandonnée à elle-même n'excède guère cinq à six mois et il n'est pas rare qu'elle soit beaucoup plus courte. Ceci nous paraît légitimer bien des audaces dans le traitement curateur. Au contraire, la moyenne de survie dans les cas heureusement traités par des procédés palliatifs, n'est guère que de deux à trois mois, ce qui implique de sérieuses réserves dans l'application du traitement préventif-chirurgical, toujours plus ou moins dangereux.

(1) Bouveret. — Traité des maladies de l'estomac.

CHAPITRE II

Des divers procédés de traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage

Il résulte donc de ce qui précède que traiter un malade atteint de cancer de l'œsophage signifie le plus souvent, et comme on l'a dit : permettre à celui-ci de mourir de son cancer au lieu de mourir d'inanition, et le terme de traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage devient alors synonyme de : moyen d'alimentation artificielle. Or, ces moyens sont fort nombreux et on peut, pour les classer, prendre pour base le mode d'alimentation qui est, nous le répétons, le but essentiel que l'on se propose d'atteindre.

Nous diviserons donc ces procédés de la façon suivante :

I

Traitement curateur ne pouvant s'appliquer qu'aux cancers du tiers supérieur de l'organe :

Œsophagectomie

II

Traitement palliatif n'ayant en vue que l'alimentation du malade :

A — Procédés destinés à permettre au malade de s'alimenter lui-même en agissant sur le point rétréci :

a) indirectement : 1° **Traitement médical** (*) (1).

b) directement : 2° **Dilatation temporaire** (*).

3° **Dilatation permanente** (*).

4° **Dilatation forcée** (*).

5° **Œsophago-tubage** (*).

6° **Cautérisation** (*).

7° **Electrolyse** (*).

8° **Œsophagotomie interne** (*).

B — Procédés destinés à alimenter artificiellement le malade par les voies naturelles :

9° **Sonde à demeure.**

10° **Lavements nutritifs** (*).

C — Procédés destinés à alimenter le malade par la création chirurgicale d'une bouche artificielle :

a) bouche œsophagienne :

11° **Œsophagostomie.**

b) Bouche gastrique :

12° **Gastrostomie.**

Comme toute classification, celle que nous proposons ici a ses défauts et on pourra entre autres, lui faire le reproche de séparer la sonde à demeure du tubage qui en est le dérivé. C'est évidemment juste au point de vue de l'intervention elle-même. Placer une sonde à demeure ou placer un tube court sont deux opérations analogues ; mais un malade porteur de la première est nourri artificiellement par gavage, tandis qu'un malade porteur d'un tube *avale* lui-même sa nourriture. Le mode d'alimentation étant différent, ces deux procédés ne pouvaient rentrer dans la même catégorie.

(1) Les procédés marqués d'une astérisque sont ceux dont il ne sera pas question lors de la discussion du traitement.

Dans cette longue énumération, il est des procédés très usités, comme il en est d'autres qui le sont beaucoup moins; aussi ne saurions-nous accorder à l'étude de chacun d'eux un égal développement. D'autre part, comme nous n'avons à envisager ceux-ci qu'au point de vue des résultats, nous laisserons de côté tout ce qui concerne la technique et si nous faisons quelques exceptions à cette règle, ce sera uniquement dans le but de faire connaître des procédés récents et peu connus en France.

Lorsque nous aurons donné une idée de ce que l'on peut attendre de chaque procédé, nous esquisserons alors comment il convient de les employer en présence des différentes modalités cliniques que peut présenter le cancer de l'œsophage. Mais il ne sera tenu compte, dans ce dernier chapitre, que des procédés principaux, les plus sûrs, les seuls que nous ayons vus employer par nos Maîtres.

Avant d'entreprendre l'étude du traitement curateur, nous tenons à définir comment nous entendrons deux termes destinés à revenir maintes fois sous notre plume : Le terme cancer sera toujours pris dans son acception clinique, c'est-à-dire dans le sens de tumeur maligne. Quant au terme cancer de l'œsophage, il sera considéré comme synonyme de rétrécissement cancéreux, ce qui est naturel, celui-ci déterminant presque toujours une diminution organique ou spasmodique de la lumière œsophagienne.

I. — TRAITEMENT CURATEUR

ŒSOPHAGECTOMIE

Enlever la tumeur œsophagienne avec la portion y attenante du conduit, réunir ensuite le bout supérieur au bout inférieur par quelques points de suture, telle est l'opération idéale à laquelle on peut donner le nom d'*Œsophagectomie*. Or, comme dans l'état actuel de nos connaissances, le seul traitement du cancer est, nous l'avons déjà dit, l'extirpation, il s'en suit que de prime abord cette opération paraît absolument rationnelle. Malheureusement, il y a loin de la théorie à la pratique et si, dans certains cas heureux la survie a été de quelque durée, il en est d'autres dans lesquels les délabrements nécessités par une extirpation totale ou soit-disant telle sont si considérables et la survie si relative que l'on se demande si dans ces derniers l'application du traitement palliatif n'aurait pas été préférable.

Aujourd'hui encore, le nombre des interventions dans lesquelles une portion plus ou moins grande de l'œsophage a été extirpée est fort restreint et encore s'agit-il le plus souvent d'une œsophagectomie secondaire, c'est-à-dire d'une opération dont l'extirpation de l'œsophage ne constitue pas la partie essentielle.

Il résulte, en effet, des recherches récentes de Marwedel⁽¹⁾, que dans la plupart des cas, c'est une

(1) G. Marwedel. Ein Fall von Resektion des Œsophagus bei Carcinom. Beiträge zur Chirurgie XIV 3 et Naturhistorich. med. Verein Heidelberg, 25 juin 1895.

laryngectomie qui a conduit à une œsophagectomie partielle, tandis que les cas où la résection a été tentée pour un cancer primitif et limité de l'œsophage sont excessivement rares (œsophagectomie primitive).

Qu'elle soit donc primitive ou secondaire, l'œsophagectomie est toujours une opération exceptionnelle ce qui est dû, comme il serait facile de le démontrer aux trois raisons suivantes :

1° A ce que l'œsophage n'est pas accessible chirurgicalement dans tout son parcours.

2° A ce que la portion la plus facilement accessible (peut-être même la seule accessible), est justement celle où le cancer se développe le plus rarement (1).

3° A ce qu'il est nécessaire pour que l'intervention soit légitimée, que l'état général du malade soit bon et que la lésion soit limitée aussi strictement que possible à l'œsophage.

Ces données de développement et de localisation coïncidant rarement, on conçoit aisément pourquoi l'œsophagectomie est une opération exceptionnelle.

Quelles sont donc tout d'abord les portions chirurgicalement accessibles de l'œsophage ?

N'ayant à faire ici ni anatomie, ni médecine opératoire, nous nous bornerons simplement à rappeler qu'au point de vue chirurgical, comme au point de vue anatomique, on peut diviser cet organe en trois portions :

(1) Voir au sujet de la rareté du cancer au tiers supérieur de l'œsophage la statistique de M. Voigt. « Über Krebs der Speiseröhre ». Th. Tübingen, 1894.

1^o Portion facilement accessible (portion cervicale) sur laquelle ont porté jusqu'à ce jour toutes les interventions pour cancer.

2^o Portion difficilement accessible (portion thoracique) dont l'accès, quoiqu'ayant été réalisé sur le cadavre et sur les animaux, n'a pas encore été tenté sur le vivant.

3^o Portion inaccessible (portion abdominale) profondément située et sur laquelle aucune tentative n'a encore été faite. C'est donc uniquement pour des cancers intéressant la portion cervicale qu'on a tenté l'œsophagectomie, ce qui s'explique par la situation relativement superficielle de l'organe à ce niveau.

Quoique profondément située cependant et paraissant à première vue hors de l'atteinte du bistouri la portion thoracique de l'œsophage a été, elle aussi, l'objet de nombreuses et intéressantes recherches cadavériques et expérimentales. Mais ces recherches, n'ayant encore abouti à aucune application pratique, ne sauraient nous arrêter. Il nous paraît cependant curieux de rappeler à ce sujet, que tandis que les uns traitent ces tentatives de « conception hardie mais absolument inapplicable ⁽¹⁾ » voire même de « prouesse d'amphithéâtre ⁽²⁾ » les autres au contraire leur prédisent un glorieux avenir ⁽³⁾.

(1) Jonnesco T. in Anatomie de Poirrier, p. 187.

(2) Vergez, P. H. De la Gastrostomie à l'heure actuelle. Th. Bordeaux 1896, p. 21.

(3) Potarca J. Œsophagotomie intra-thoracique par le médiastin postérieur. Th. Bucarest 1892 et Roumanie médicale 1894, p. 116.

Voir aussi à ce sujet :

Quant au cancer du cardia ou de la portion abdominale de l'œsophage le jour n'est point encore venu d'en tenter l'extirpation.

En pratique donc, l'œsophagectomie cervicale seule existe et les résultats qu'elle fournit peuvent être envisagés séparément suivant que l'opération est primitive et précoce, ou suivant qu'elle est tardive.

RÉSULTATS DE L'ŒSOPHAGECTOMIE PRIMITIVE ET PRÉ-
COCE POUR CANCER LIMITÉ AU TIERS SUPÉRIEUR DE
L'ŒSOPHAGE.

Marwedel (1), en analysant rigoureusement les observations partues, n'a trouvé que sept cas dans lesquels l'opération a pu se borner à une résection annulaire de l'œsophage. Aussi n'est-il pas encore possible de juger de la valeur de cette opération. Jusqu'à présent les résultats sont peu brillants, il faut en convenir, car sur ces sept cas, trois sont morts des suites de l'opération. En voici du reste le détail :

Czerny (2), survie de treize mois.

v. Langenbeck (3), mort des suites de l'opération.

v. Bergmann (4), mort des suites de l'opération.

Quénu et Hartmann : Des voies de pénétration chirurgicale dans le médiastin postérieur. Bull et mem. Soc. de Chir. 1891.

Hartmann H. V. Rev. de Chir. 10 mai 1894.

Nasiloff I. . Vrach. 1888, n° 25. Œsophagotomia et resectio œsophagi endotheracica.

(1) Marwedel loc. cit.

(2) H. Braun in Czernys Beitragen zur op. Chirurgie 1878.

(3 et 4) P. Keitel. Th. Berlin 1883.

Novaro ⁽¹⁾, mort de récidence au bout de sept semaines.

Billroth ⁽²⁾, mort des suites d'une « fausse route », sept semaines après l'opération,

Mikulicz ⁽³⁾, survie de onze mois.

v. Hacker ⁽⁴⁾, mort des suites de l'opération.

A ces sept cas Marwedel ⁽⁵⁾ en ajoute un huitième opéré par le Professeur Czerny, dont nous résumons ici l'observation vu le beau résultat obtenu.

OBSERVATION

Cancer de l'œsophage. — Résection. — Guérison. —

MARWEDEL. — (*Résumé in Sem. méd., 15 janvier 1896*).

Il s'agit d'une femme âgée de trente-cinq ans, mariée depuis douze ans. Le seul enfant qu'elle ait eu, jouit d'une bonne santé. Depuis neuf ans, elle a remarqué que la nourriture avait de la peine à franchir l'œsophage. Pendant plusieurs années cependant, tous les aliments passaient, à la condition qu'ils fussent bien mâchés; mais depuis trois ans les aliments solides ne « coulent » plus et à l'heure actuelle la malade est obligée de se nourrir de substances liquides qu'elle avale à grand'peine. Rien ne permet de supposer l'existence d'antécédents syphilitiques.

A son entrée à l'hôpital, la malade présente un aspect cachectique; elle est très pâle, amaigrie et il existe un léger

(1 et 2) G. Schulz. Der Krebs der Speiseröhre, Th. Berlin 1886.

(3) Mikulicz. Prager med. Woch 1886.

(4) V. Hacker: Centralblatt für Chirurgie, 1891:

(5) Marwedel loc. cit. Nous adressons à M. Marwedel nos meilleurs remerciements pour l'amabilité avec laquelle il nous a envoyé son mémoire auquel nous empruntons les indications ci-dessus.

œdème dans la région malléolaire. A l'inspection et à la palpation du cou, on constate une faible tuméfaction de la glande thyroïde. Près du muscle sterno-cléido-mastoïdien gauche, on sent un petit corps dur qui est en rapport avec le lobe gauche du goitre. Deux petits ganglions de consistance molle se montrent le long de la carotide droite. En essayant de sonder l'œsophage, le cathéter s'arrête à 17 centimètres des arcades et il est impossible de faire passer même la sonde la plus fine. Le rétrécissement doit donc être situé au niveau du cartilage cricoïde. Vu la durée de la maladie, on croit pouvoir diagnostiquer un rétrécissement cicatriciel de nature probablement syphilitique.

L'opération fut décidée et M. Czerny pratiqua l'œsophagotomie. Après avoir ouvert l'œsophage au-dessus du rétrécissement il découvrit, non sans peine, un orifice extrêmement petit qui conduisait dans la partie inférieure de ce canal. Le rétrécissement, comme on put s'en rendre compte au cours de l'intervention, présentait tous les caractères d'une sténose cicatricielle. L'opérateur en excisa une petite partie et tamponna la plaie après avoir introduit dans l'œsophage une sonde en caoutchouc. L'examen histologique de la portion excisée prouva d'une manière indubitable qu'il s'agissait d'un cancer. Cette découverte déterminait M. Czerny à tenter l'extirpation de la partie reconnue cancéreuse.

Cette nouvelle opération, pratiquée six jours après la première, fut facile du côté de la colonne vertébrale, mais assez compliquée du côté opposé. L'extirpation faite, M. Czerny fixa le bord inférieur du pharynx au bord supérieur de l'œsophage au moyen de deux sutures au catgut, une suture circulaire étant impossible, en raison de la grande distance qui séparait les bords de la muqueuse. Après avoir introduit par la bouche une sonde à demeure, il tamponna la

plaie avec de la gaze iodoformée. La guérison s'effectua lentement, mais sans complications ; la malade put se nourrir elle-même au moyen de la sonde. *Cinquante-trois jours après l'intervention, la plaie étant complètement fermée, l'opérée quitta l'hôpital. Elle pouvait déglutir à ce moment, sans l'aide de la sonde, des aliments ayant la consistance de bouillie, mais il était indispensable d'introduire une sonde molle après chaque repas, afin d'empêcher la formation d'un rétrécissement cicatriciel. La malade supportait très bien, même pendant la nuit, cette sonde à demeure.*

Nous ne pouvons malheureusement ajouter aucune nouvelle observation à l'intéressante étude de M. Marwedel, mais il nous semble cependant que malgré la brutalité des chiffres, l'œsophagectomie dans ces conditions, est parfaitement légitimée. On arrive facilement à cette conclusion si l'on songe que le malade que l'on opère se trouve dans la situation suivante : Il est atteint d'une affection incurable, il souffre ; abandonné à lui-même, son néoplasme le tuera en quelques mois et il ne peut espérer du traitement palliatif qu'une survie toute relative. Au contraire, la tumeur étant encore limitée, on peut espérer une ablation complète, mettant à l'abri de la récurrence, sans qu'on soit obligé pour cela de recourir à des délabrements immenses. D'où il résulte que le malade, une fois opéré, se trouvera dans une situation des plus acceptables, les deux segments de son œsophage réunis l'un à l'autre, lui permettant une déglutition presque physiologique et la seule crainte à avoir étant la coarctation de la cicatrice.

RÉSULTATS DE L'ŒSOPHAGECTOMIE TARDIVE

Ceux-ci nous paraissent conduire à des conclusions bien différentes.

Ici, en effet, le néoplasme s'étend au delà le l'œsophage en envahissant les organes voisins, ce qui nécessite, pour que l'opération soit vraisemblablement complète, des délabrements par trop considérables et encore les malades ainsi opérés sont-ils fatalement voués à la récurrence. Cette « épine de la chirurgie », pour employer l'heureuse expression de Roux (1), sera d'autant plus à craindre que l'opération aura été plus retardée et on ne saurait oublier « la précocité relative des métastases ganglionnaires dans des régions où les dispositions anatomiques calment trop tôt l'audace du chirurgien (2) ». Mais, quoiqu'il en soit, l'argument qui nous paraît le plus éloquent à invoquer contre ces immenses opérations c'est la triste situation dans laquelle se trouvent les malades qui ont subi l'extirpation « *de la partie supérieure de l'œsophage, du larynx, d'un goître et d'une partie du grand sympathique* (3) » et encore n'a-t-on pas tout enlevé, la récurrence étant survenue dans le cas auquel nous faisons allusion, alors que la plaie opératoire était à peine cicatrisée. L'alimentation se fait par une bouche œsophagienne, car il y a impossibilité de pratiquer la réunion du segment supérieur au segment inférieur de l'œsophage et la respiration se fait

(1) Roux. Rev. méd. de la Suisse Romande, 1887, p. 467.

(2) Id. Loc. cit., passim.

(3) Id. Loc. cit. passim.

par la trachée fixée à l'extrémité inférieure de la plaie. Forgue et Reclus ⁽¹⁾ s'élèvent contre de telles opérations, et il nous semble que la situation du malade serait bien préférable et les résultats meilleurs si l'on avait pratiqué d'emblée le traitement palliatif.

ŒSOPHAGOPLASTIE

Cette triste situation, nous n'ignorons point qu'on a essayé de l'améliorer en reconstituant, au moyen de lambeaux cutanés pris au cou, le segment réséqué de l'œsophage. Tentée pour la première fois sur l'homme, le 29 juin 1887, par Von Hacker ⁽²⁾, l'œsophagoplastie paraît une opération des plus complexes. Elle se compose de deux temps plus ou moins espacés. Dans le premier, on crée la paroi postérieure du segment à reconstituer ; dans le deuxième on en crée la paroi antérieure. Quoique la guérison complète ait été réalisée expérimentalement ⁽³⁾, le malade de Von Hacker mourut avant qu'on ait entrepris le deuxième temps de l'opération. Dans le cas plus heureux de Poulsen ⁽⁴⁾ (où il s'agissait d'une pharyngoplastie plutôt que d'une œsophagoplastie), le malade mourut de pneumonie, mais la guérison opératoire était déjà presque entièrement obtenue et la déglutition commençait à se faire par la bouche. Von Hacker ⁽⁵⁾ considère donc comme démontré chez l'homme :

(1) Forgue et Reclus, Traité de Thérap. chirurg.

(2) Von Hacker, Zur Pharyngo. und Œsophagoplastick. Centralblatt für Chir. 1891, p. 121.

(3) Mikulicz, Prager med. Woch., 1886, n° 40.

(4) Poulsen, Ueber exstirpatio laryngis et pharyngis mit Bildung eines neuen Schlundes mittels Hautlappen. Centblatt. für Chirurg. 4891, p. 15.

(5) Loc. cit.

1° Que les lambeaux de peau empruntés au cou fournissent une étoffe suffisante à l'œsophagoplastie.

2° Que la déglutition est possible, quoique le segment de l'œsophage reconstruit soit dépourvu de tunique musculaire.

Ces cas, vraisemblablement destinés à se multiplier, sont encore trop peu nombreux pour pouvoir modifier ce que nous avons dit de l'œsophagectomie tardive.

Nous croyons donc pouvoir conclure de ce qui précède que l'œsophagectomie appliquée au traitement des néoplasmes du 1/3 supérieur de l'œsophage est une intervention sérieuse, mais parfaitement légitimée, lorsque la tumeur est rigoureusement limitée à l'œsophage, mais au contraire lorsque celle-ci a envahi les organes voisins, l'opération est à rejeter, car elle nécessite des délabrements immenses, fait courir au malade les risques de mourir des suites de l'intervention elle-même, sans le mettre à l'abri d'une prompte récurrence. Aussi dans ces cas le traitement palliatif nous paraît-il préférable.

II. — TRAITEMENT PALLIATIF

1° TRAITEMENT MÉDICAL

Aucun médicament ne pouvant agir sur la lésion on ne saurait compter sur le traitement médical pour combattre la dysphagie dans le cancer de l'œsophage.

Il convient cependant de noter que, d'après M. Bouveret (1), Boas recommande, à titre de médi-

(1) Bouveret. T. des malad. de l'estomac, p. 590.

cament palliatif l'arsenic et les iodures. Il donne l'iodure de sodium à la dose de 2 à 3 gr. par jour. Sous l'influence de cette médication, il a vu plusieurs fois la perméabilité de l'œsophage et du cardia se maintenir pendant plusieurs mois, bien que le rétrécissement fut certainement de nature cancéreuse.

Ailleurs, lorsque le spasme de l'œsophage vient s'ajouter à l'obstacle mécanique, on a pu voir la belladone exercer quelque influence sur la dysphagie. C'est ainsi que Béhier ⁽¹⁾ qui en préconisait l'emploi intus et extra, vit chez un malade atteint de cancer de l'œsophage les accès de dysphagie devenir moins fréquents et ce symptôme moins violent sous l'influence de cette médication ⁽²⁾.

Il est évident qu'en présence d'un rétrécissement infranchissable de l'œsophage, on ne saurait compter sur la belladone pour rendre à ce conduit sa perméabilité. Cependant ce traitement médical est utile à connaître car il peut dans certains cas rendre de petits services tout en étant entièrement inoffensif. On verra tout à l'heure qu'on ne saurait en dire autant de tous les procédés.

Enfin pour terminer ce qui a trait au traitement médical nous reproduisons la curieuse observation suivante due à Moravitsky.

(1) Béhier. Conférences de clinique médicale de la Pitié, p. 67.

(2) 0,02 cgr. d'extrait en pilules et 10 gr. d'extrait en pommade.

OBSERVATION

Carmin et pyoctanine dans le traitement d'un cas de rétrécissement carcinomateux de l'œsophage. MORAVITSKI. — Protocoly omskavo méditsinskavo obchtchestva 12 Décembre 1894. Vrach 1895, n° 10, p. 276-277, in Bull général de Thérap, 1895, p. 519.

Malade dans l'impossibilité absolue de se nourrir par la bouche. Gastrostomie préalable. L'état s'étant un peu amélioré on prescrit du carmin, d'abord sous forme de pilules de glace et ensuite en solution (avec de la soude caustique) à la dose quotidienne maxima de 6 décigrammes. Le carmin est continué pendant cinq mois. Le rétrécissement se dilate et le malade peut avaler quelques gouttes de liquide. Diminution graduelle et disparition complète des ganglions sterno-cléido-mastoïdiens. Cessation de la dyspnée, de la toux et le malade reprend ses occupations. Le carmin ayant cessé d'exercer aucune influence sur la marche de l'affection, l'auteur prescrit de la pyoctanine en solution à 15 0/0 et à la dose de 6 cuillerées à bouche par jour. Nouvelle amélioration.

Depuis huit mois, ce traitement est appliqué et le malade se trouve dans un état satisfaisant.

Cette observation est en effet fort curieuse, mais sans la disparition des ganglions sur laquelle insiste l'auteur, nous serions tenté d'admettre ici une heureuse influence de la gastrostomie sur une dysphagie surtout spasmodique, phénomène aujourd'hui bien connu et sur lequel les auteurs ont souvent insisté.

2° DILATATION TEMPORAIRE PROGRESSIVE PAR
LE CATHÉTÉRISME RÉPÉTÉ

Les dangers de ce procédé sont trop connus surtout en France pour qu'il nous vienne à l'idée de les décrire à nouveau. C'est là un procédé infidèle dont les résultats sont souvent néfastes et qui a provoqué maintes fois des fausses routes médiastinales. M. Peyrot⁽¹⁾ rappelle combien de fois on a injecté par la sonde des substances alimentaires dans le péricarde ou dans la plèvre et M. Bouveret⁽²⁾ dit que c'est toujours avec appréhension qu'il voit entreprendre la dilatation d'un œsophage cancéreux. Le cathétérisme dans le traitement des rétrécissements néoplasiques ne doit être utilisé que comme moyen de diagnostic et toujours pratiqué avec une extrême prudence. Avant l'emploi de la sonde à demeure, alors que la dilatation progressive était presque uniquement employée, le chirurgien, dit Krishaber⁽³⁾, s'il parvenait à introduire une sonde, prévoyait avec appréhension la nécessité de la replacer le lendemain. Il nous paraît donc curieux de rappeler ici qu'à la clinique du professeur von Liebermeister à Tubingue le cathétérisme est considéré comme le traitement de choix du cancer de l'œsophage et appliqué toutes les fois que cela est possible. C'est

(1) Peyrot. Manuel de Path. ext. T. III p. 156

(2) Bouveret — Maladies de l'Estomac, p. 502.

(3) M. Krishaber. De la sonde œsophagienne à demeure. Ann. des malad. de l'oreille et du larynx, 1881, p. 265.

ainsi que Voigt⁽¹⁾ considère la crainte d'une perforation comme insignifiante vis-à-vis des avantages que le malade peut retirer du cathétérisme, si celui-ci est habilement fait. D'autre part il admet que si la tumeur est dégénérée une perforation se fera tout aussi bien, que le malade soit ou ne soit pas soumis à ce traitement. C'est aussi l'avis de Ziemssen⁽²⁾ qui considère que la répugnance que l'on peut avoir pour ce procédé, dépend bien plus des idées théoriques que l'on se fait, que de la réalité de ce qui s'observe.

Malgré l'autorité de ces auteurs, nous croyons les autres procédés préférables parce qu'ils sont moins dangereux, et nous n'avons jamais eu recours à la dilatation par le cathétérisme.

3° DILATATION PERMANENTE

Ce procédé peu pratique est aujourd'hui complètement abandonné, aussi ne le signalons-nous que pour avoir une nomenclature complète. Le principe en est fort simple et consiste dans l'introduction au niveau du point rétréci d'une olive d'ivoire destinée à rester en place un temps plus ou moins long afin de lutter contre les progrès de la sténose. Cette olive poussée au moyen d'une tige que l'on retire ensuite est retenue par deux fils qui permettent d'en faire l'extraction en temps voulu. Ce

(1) M. Voigt. *Über Krebs der Speiseröhre*, Th. Tübingen 1894.

(2) Ziemssen und Zenker. *Krankheiten des Oesophagus* in Ziemssen *Handbuch der spe. Path. und Ther.* cité par Voigt.

procédé est attribué à Switzer⁽¹⁾ et l'appareil employé se trouve représenté dans un mémoire de Renvers⁽²⁾. L'olive doit évidemment être retirée lorsque le malade veut avaler et c'était là le principal inconvénient du procédé. Mais de la dilatation permanente au tubage il n'y a qu'un pas. Il suffit pour cela de rendre l'olive perméable.

4^e DILATATION FORCÉE.

En France où l'on considère toutes les manœuvres de force comme dangereuses dans le traitement du cancer de l'œsophage, la dilatation forcée a peu de chances de s'acclimater et si nous en parlons ici, c'est principalement parce que les appareils employés peuvent servir d'une façon indirecte à l'application de la sonde à demeure. C'est ainsi que Schreiber décrit en 1893, un instrument spécial destiné à dilater les sténoses cancéreuses de l'œsophage. Cet instrument se compose d'une sonde œsophagienne ordinaire à parois résistantes dont la portion terminale est remplacée par un tube en caoutchouc rouge et par conséquent dilatable. Ce tube se termine lui-même par une extrémité effilée qui représente le bec de la sonde. Celle-ci est munie à son pavillon d'un embout à robinet. Pour utiliser cet instrument on commence par le remplir d'eau tiède ce qui lui donne la résistance d'une bougie, puis on s'efforce

(1) Switzer. Hoser's Repertorium. vol. 4, n° 1, Iena et Follin loc. cit., p. 93.

— Journal de chirurgie de Malgaigne, 1843. 1 p. 117.

(2) Renvers: Zeitschr. f. klin. med. Berlin 1888. p. 521

de pratiquer avec lui le cathétérisme de l'œsophage. Lorsque l'on suppose que le segment dilatable de la sonde se trouve en rapport avec le point rétréci, on injecte dans l'intérieur de l'appareil une nouvelle quantité d'eau. La sonde se dilate alors au niveau de son segment de caoutchouc et on obtient ainsi un élargissement direct de la sténose.

Ce procédé, dit Schreiber ⁽¹⁾ permet de traiter les rétrécissements cancéreux de l'œsophage en se réglant sur une montre et sur un manomètre !

Mais, où le procédé est certainement le plus original, c'est dans l'application suivante. Lorsque au bout d'une ou plusieurs séances, on a réussi à dilater un rétrécissement serré, on s'efforce alors de continuer le cathétérisme, jusqu'à ce que la portion dilatable de la sonde ait pénétré dans l'estomac. En augmentant alors la pression hydraulique par l'injection d'une nouvelle quantité d'eau, on fait éclater la portion molle de l'appareil et on obtient ainsi une véritable sonde à demeure en place.

L'introduction de l'instrument ne serait pas plus difficile qu'un cathétérisme ordinaire.

Il existe même au sujet de ce procédé de dilatation une discussion de priorité entre Schreiber et Reichmann. ⁽²⁾ Mais, si nous avons bien compris le débat, la différence qui existe entre la manière de

(1) Schreiber Ein neuer Dilatator zur Behandlung von Verengerungen der Speiseröhre. Berl. Klin. Woch. 1893 p. 765.

— Volkmann's Sammlung klin. Vorträge n. 85
Deutsch med. Woch. 1894 p. 160.

(2) Ed. Reichmann; Weiteres über meine Sonde zur Behandlung von oesophagusstenosen. Deutsch. med. Woch. 1894. 251.

faire de l'un et celle de l'autre, est la suivante : Le premier use de la pression hydraulique, tandis que le second emploie l'air comprimé.

Schreiber qui maintes fois recourut à son procédé n'a jamais eu à s'en plaindre. Il cite entre autres, le cas de deux malades qui furent dilatés tous les jours, l'un pendant cinq mois, l'autre pendant neuf mois et à l'autopsie desquels on ne put découvrir sur la muqueuse œsophagienne la moindre trace de traumatisme, pas plus au niveau du néoplasme qu'au dessus ou au dessous.

Quoique ce procédé soit plutôt destiné à se généraliser pour le traitement des rétrécissements cicatriciels il ne nous a pas moins paru intéressant de le citer.

A côté du procédé de Schreiber il convient d'en décrire un autre préconisé en 1889 par Senator ⁽¹⁾ et qui concerne également la dilatation forcée.

Ce procédé consiste dans l'introduction, au niveau du rétrécissement, de substances ayant la propriété de se dilater (cordes à boyaux, tiges de laminaire).

L'idée d'employer la corde à boyaux pour calibrer l'œsophage paraît ancienne, car Jameson ⁽²⁾ raconte un cas « dans lequel il conduisit à travers le rétrécissement au moyen d'une sonde un intestin desséché de chat et il le remplit d'eau et de mercure afin que, par une pression excentrique le rétrécissement fût dilaté » ; on a depuis lors très rarement usé de

(1) Jameson. *Froriep's Notizen* 1825 n. 225 in Föllin, loc. cit. p. 92.

(2) Senator. *Ueber eine Quellsonde zur Behandlung von Verengerungen der Speiseröhre*. *Deutsch med. Woch.* 1889 p. 557.

la corde à boyaux, qui présente certains inconvénients et à laquelle Senator préfère la tige de laminaria.

Il résulte en effet des recherches de ce dernier, que la corde à boyaux se dilate si lentement qu'il faudrait la laisser en place pendant des heures entières pour obtenir un résultat; quant à l'éponge préparée il n'y faut pas songer car lorsqu'elle se dilate elle devient si dure que l'extraction en serait dangereuse. La tige de laminaria seule paraît convenir. Il faut avoir à sa disposition un certain nombre de tiges de différents calibres et dont la longueur doit correspondre à celle du rétrécissement qu'on se propose de calibrer.

Quant à l'introduction elle se pratique de la façon suivante: on visse la tige que l'on a choisie à l'extrémité d'une sonde ordinaire en gomme, modifiée à cet effet, puis on procède comme s'il s'agissait d'un simple cathétérisme en ayant soin de ne pas enduire la tige, d'huile ou de vaseline. L'appareil est laissé en place de un quart d'heure à une demi-heure, puis on le retire. Mais comme la sonde pourrait se séparer de la tige il est prudent de munir celle-ci d'un fil de sûreté qui au besoin peut servir à l'extraction.

Senator conseille de ne pas dépasser une demi-heure de séjour in situ. Au bout de ce temps la dilatation est déjà considérable et en prolongeant on s'exposerait à de sérieux dangers au moment de retirer la tige.

On peut pratiquer plusieurs séances de calibrage plus ou moins espacées selon les résultats obtenus.

Au point de vue théorique, Senator laisse entre-

voir la possibilité de déterminer par une pression, suffisamment maintenue, l'atrophie du cancer; mais au point de vue pratique il n'a guère obtenu qu'une diminution de la dysphagie. Du reste il compte beaucoup plus sur son procédé pour le traitement des rétrécissements cicatriciels que pour celui des rétrécissements cancéreux.

N'y ayant jamais eu recours, nous ne saurions discuter les avantages ou les inconvénients de ce procédé peu connu, mais nous avons tenu à le signaler avec quelques détails à cause de son originalité.

5° ŒSOPHAGO-TUBAGE

Bibliographie

- SYMONDS. — The treatment of malignant stricture of the Œsophagus by tubage or permanent catheterism. Brit. med. jour., London, 1887.
- Id. — Further improviments in the treatment of malignant stricture of the Œsophagus. The Lancet, March 30, 1889.
- RENVERS et WAETZOLDT. — Zur Behandlung der Œsophagusstricturen mittelst Dauercanülen. Deutsch. méd. Woch., Leipzig, 1888.
- LEYDEN. — 7^e Congrès de méd. int. de Wiesbaden, avril 1888, in Semaine méd. 1888, p. 160.
- RENVERS. — Die Behandlung der Œsophagusstricturen mittelst Dauercanülen. Zeitschr. f. klin. med., Berlin, 1888.
- NICOLAÏ — L'intubazione dell' esofago. Giornale dello Istituto Nicolai, n° 2, 1893.
- MIXTER. — Malignant stricture of the œsophagus. Its treatment by Symonds method of permanent tubage. With cases. Bost. med. and. surg. journal, 1890 II, 385.
- Id. — Further observations on permanent tubage of the Œsophagus. Ibidem, 1891 I, 5.
- BERILL. — The notes of a case of malignant stricture of the œsophagus, treated by intubation. The Lancet, June 9, 1894.
- RODMAN. — Remarks upon the treatment of cancerous stricture of the œsophagus by means of intubation, with illustrative cases. Brit. med. journal, 25 May 1889.
- CHEATAM W. — Intubation of the larynx and œsophagus. Am. Pract and News, Louisville, 1893, p. 175.
- COHEN. — Intubation of the œsophagus for carcinoma and

for stricture, with exhibition of instruments. — *Journal respir. Org.* New-York, 1890.

CHAPPEL. — Treat of œsophageal stricture by permanent tubage. *Med. Rec.* New-York, 1892, p. 205.

LODGE. — *Brit. med. Journ.* May 92.

ROBERT, F. WEIR. — *New-York med. Journ.* 1891, p. 493.

OWEN. — *Rev. int. de méd. et de chir.*, 25 janv. 1896, p. 29.

BERT. — *Prov. méd.*, 28 mars 1896.

Nous abordons avec l'œsophago-tubage l'étude d'un procédé agissant à la fois comme sonde à demeure et comme dilatateur permanent.

Ce procédé, préconisé à l'étranger où il paraît donner d'excellents résultats, a été, nous avons peine à nous figurer pourquoi, banni dès son apparition de la thérapeutique française. Et cependant il est loin d'être inconnu chez nous; tous les auteurs qui se sont occupés du traitement des rétrécissements de l'œsophage en font mention, mais pour l'éliminer. Or, on conviendra qu'il est au moins curieux de voir délaisser en France un procédé souvent employé avec succès partout ailleurs.

Comme il est facile de le deviner, l'œsophago-tubage consiste dans l'introduction au niveau du rétrécissement et par les voies naturelles, d'un tube court destiné à prolonger la perméabilité du conduit œsophagien. Ce tube, retenu à l'extérieur par deux fils de soie, est abandonné pendant un temps plus ou moins long dans les profondeurs de l'œsophage

où il dilate le rétrécissement tout en permettant l'alimentation.

Historique

Contrairement à tout ce qui est écrit, c'est à Leroy d'Etiolles qu'il faut attribuer la première tentative de tubage œsophagien. M. de Lavacherie (1) rapporte en effet l'observation d'un malade atteint de cancer de l'œsophage et chez lequel M. Leroy d'Etiolles « enfonça à travers le rétrécissement une canule creuse, avec l'intention de la laisser à demeure ; elle était formée d'ivoire dépourvu de son phosphate de chaux au moyen de l'acide nitrique. Cette tentative n'eut aucun succès : des douleurs se manifestèrent, et l'on ne put ni extraire ce corps étranger, ni le pousser plus bas. »

C'est évidemment là une tentative peu encourageante et l'on conçoit aisément qu'elle soit tombée dans l'oubli. Aussi, n'est-ce que beaucoup plus tard que ce procédé fut repris et perfectionné en Angleterre par sir Morell Mackenzie, puis vulgarisé en 1884 par Charters Symonds. Ce dernier s'est montré le plus chaud défenseur de la méthode nouvelle ; il en a perfectionné la technique et précisé les indications ; aussi rien n'est-il plus juste que de désigner celle-ci sous le nom de *procédé de Symonds*.

D'Angleterre, le procédé passa en Allemagne, où

(1) De Lavacherie : De l'Œsophagotomie, Bruxelles, 1845, p. 48, et Follin, loc. cit., p. 122. Quoique nous n'ayons pas à faire d'histoire, dans notre mémoire, il nous a paru intéressant de signaler ce détail destiné à montrer une fois de plus que ce qui est considéré comme nouveau est bien souvent ancien.

il fut défendu par le Professeur Leyden et ses élèves Renvers et Waetzoldt ; nous le voyons également employé en Italie par Nicolai et en Amérique par Mixter et d'autres. Tous en obtiennent d'heureux résultats. A Paris, au contraire, M. Kirmisson s'élève contre l'emploi des tubes courts. Dans un mémoire lu à l'Académie de Médecine dès 1888, il fait à cette méthode un certain nombre de reproches et depuis lors, à notre connaissance, l'œsophago-tubage a été complètement abandonné chez nous.

Pas plus que pour les autres procédés connus, nous n'entreprendrons ici la description de la technique et de l'instrumentation du tubage, renvoyant le lecteur pour ce qui concerne ce point de la question, aux traités classiques et aux mémoires originaux que nous mentionnons dans notre bibliographie. Nous-même avons consacré ailleurs quelques pages à la pratique de cette opération. Nous ne nous occuperons donc, conformément à notre plan général, que des avantages et des inconvénients de l'opération ainsi que de ses résultats.

Fort heureusement, il nous a été donné de pratiquer nous-même trois tentatives d'œsophago-tubage, et quoique ce nombre restreint d'observations ne nous permette nullement de juger de la valeur du procédé, il nous a permis cependant de nous en faire une idée.

Les principaux reproches que l'on a fait à l'œsophago-tubage concernent :

(a) *Les difficultés de l'introduction ou de l'extraction.*

(b) *L'obstruction du tube.*

(c) *Son action sur le néoplasme.*

(a) Il faut évidemment pour que le tubage soit possible, que le rétrécissement soit franchissable. Dans les cas où le rétrécissement appartient à la catégorie des rétrécissements dits facilement franchissables, l'opération n'est pas plus difficile qu'un cathétérisme ordinaire. Mais si l'on a affaire à un rétrécissement difficilement franchissable, il faut avouer que l'on peut éprouver alors de sérieuses difficultés.

Chez un malade de M. Bouveret nous n'avons pu arriver à placer un tube n° 18 qu'avec beaucoup de difficultés. Celui-ci s'étant oblitéré par un accident bizarre dont nous parlerons tout à l'heure, fut retiré ; mais on ne parvint pas à le replacer et on dut recourir à la sonde à demeure. Il s'agissait d'un cancer du cardia à trajet légèrement sinueux dans lequel pénétraient aisément les sondes molles, mais difficilement les instruments rigides ou semi-rigides.

Pour faciliter l'introduction du tube, nous avons eu l'idée d'appliquer à l'œsophago-tubage le principe de la dilatation sur conducteur de Verneuil dont M. Kirrison a fait une si heureuse application dans la mise en place de la sonde à demeure.

A cet effet, nous avons fait construire par M. Lépine, fabricant d'instruments à Lyon, un appareil qui, tout en facilitant le tubage, permet d'employer des canules ouvertes à leur extrémité analogues à

celles du Prof. Leyden. Notre appareil se compose d'une longue tige de baleine démontable en deux parties sur laquelle, après avoir pratiqué le cathétérisme du rétrécissement, on fait glisser le tube muni de ses fils en le poussant avec une sonde à bout coupé pourvue à son extrémité terminale d'une petite olive de nickel.

Les reproches concernant l'extraction de la canule méritent également de nous arrêter. Tout d'abord, les fils de soie et les nœuds qui les rattachent au tube doivent être aussi solides que possible et vérifiés à plusieurs reprises avant l'introduction. Le plus souvent le tube remonte facilement mais c'est à ce moment qu'ont été signalés les accidents de rupture des fils.

Ceux-ci rompus, l'accident n'a pas la gravité qu'on veut bien lui attribuer. Le cas s'est présenté deux fois dans la pratique de Symonds et les tubes furent refoulés dans l'estomac *sans provoquer d'accidents*. « L'un fut rendu par l'anus au bout de soixante-six jours, l'autre fut trouvé dans le duodénum à l'autopsie pratiquée soixante-cinq jours après. » Dans un autre cas de Leyden la canule est restée en place dans la sténose pendant dix mois sans aucun inconvénient.

De même M. Robert F. Weir rapporte l'observation d'un « tube perdu dans l'œsophage » qui fut avalé sans accidents.

Cependant, comme le conseille Nicolaï, il convient d'avertir le malade de cette éventualité possible, en le rassurant sur les suites et nous avons tenu, dans

nos tentatives, à nous conformer à ce précepte.

De même pour éviter certaines difficultés dans l'extraction, Renvers conseille d'aplatir d'avant en arrière la portion dilatée en entonnoir qui se trouve à l'extrémité supérieure du tube; ceci à cause de la saillie toujours assez considérable que fait en avant dans le pharynx le cartilage cricoïde plus ou moins ossifié chez les vieillards.

Quoique nous ayons, dans nos tentatives, employé des canules à section circulaire, nous n'avons eu aucune difficulté dans l'extraction, même après un mois de séjour.

b) Les tubes, a-t-on dit, peuvent se boucher, ce qui implique leur extraction immédiate, mais cet accident ne nous a pas paru aussi fréquent qu'on a bien voulu le dire. Cependant, il nous est arrivé chez le malade de M. Bouveret, dont nous parlions tout à l'heure, de devoir retirer le tube qui s'était obstrué dès le lendemain de son introduction. Nous pûmes alors constater que celui-ci contenait trois pépins d'orange. Le malade n'ayant pas mangé de ces fruits depuis au moins trois semaines, il fallut admettre que les pépins s'étaient accumulés dans une dilatation préstricturale pour se précipiter ensuite dans la canule sitôt que la perméabilité de l'œsophage eut été rétablie.

c) Quant à l'action des parois rigides du tube sur le néoplasme, elle est très diversement interprétée par les auteurs. C'est ainsi que Leyden attribue à la canule un rôle en quelque sorte protecteur, par le fait que la surface du néoplasme ne se trouve plus

exposée au perpétuel frottement du bol alimentaire, tandis que, au contraire, Owen déclare qu'il a complètement renoncé à l'œsophago-tubage, car il est persuadé que la présence du tube entretient une irritation constante et favorise la croissance rapide de la tumeur.

Comme il existe des observations positives dans l'un et l'autre sens, il est probable, ainsi que le fait remarquer fort judicieusement Paviot (1), que ces différences de réaction de la tumeur, vis-à-vis du corps étranger, sont dues à des différences de structure anatomo-pathologiques.

D'après M. Kirmisson, les tubes courts présenteraient encore un autre inconvénient. Pour lui, « la partie supérieure de la canule est dans une portion de l'œsophage encore dilatable; les aliments et les boissons qui ont traversé le pharynx ne s'engagent pas tous dans la lumière de la sonde; des parcelles s'insinuent entre elle et la paroi œsophagienne, descendent jusqu'au bord supérieur du rétrécissement, y séjournent, s'altèrent et amènent de l'inflammation. »

Cette objection, évidemment, est à considérer, mais n'en est-il pas à peu près de même avec la longue sonde que défend M. Kirmisson? Avec celle-ci, le produit si abondant de la sécrétion salivaire et muqueuse descend en partie le long de la sonde et vient s'accumuler au niveau du rétrécissement où il constitue un milieu pour le moins aussi favorable aux fermentations que le peu de lait ou de bouillon qui, chez un malade « tubé », a pu glisser entre la

(1) Paviot. *Prov. méd.*, 30 Novembre 1895.

canule et la paroi œsophagienne. D'autre part, au niveau de la portion dilatée de l'œsophage, le tube est évasé en entonnoir, de sorte que les liquides alimentaires auront peu de tendance à glisser dans l'interstice.

Le malade porteur d'un tube se nourrit de lui-même. Il ne peut évidemment pas avaler des aliments solides, mais il jouit du goût des liquides qu'il prend (lait, bouillon). Il n'a nullement la sensation d'un corps étranger dans le pharynx ou l'œsophage. Il n'éprouve aucune gêne, enfin il peut avaler sa salive. Or, ce sont là justement autant de points sur lesquels ont insisté les adversaires de la sonde à demeure. Avec celle-ci, en effet, la situation est tout autre. Pour se nourrir, le malade est obligé d'adapter au pavillon de la sonde la canule d'un irrigateur ; il ne peut, par conséquent, apprécier la saveur de ce qu'il avale. C'est donc plutôt un gavage qu'autre chose. De plus, « le patient s'habitue difficilement à l'excitation que produit la présence constante d'un corps étranger dans le pharynx et dans le nez. Il en résulte une salivation et une sécrétion muqueuse fort abondantes qui provoquent la toux et la régurgitation. Parfois, le patient éprouve des douleurs dans les oreilles et dans la tête (1) ». Enfin, la déglutition de cette abondante salive est impossible. Aussi, le malade a-t-il constamment son crachoir à la main et, pendant son sommeil, il souille son oreiller.

(1) Bouveret. Loc. cit., p. 594.

D'autre part, le rôle important de la salive ⁽¹⁾ dans la digestion stomacale ne peut plus se remplir, puisque celle-ci n'entre pas en contact avec les aliments et ne pénètre pas dans l'estomac. Nous verrons cependant tout à l'heure que, d'après M. Krishaber, ces reproches sont exagérés.

Telle est comparativement la situation d'un malade porteur d'une sonde à demeure et celle d'un malade porteur d'un tube de Symonds. On conviendra facilement que, pour l'instant, le tube court l'emporte sur la longue sonde.

Les avantages du procédé de Symonds nous ont frappé dans nos tentatives de tubage et nous comptons bien donner à ce procédé une place importante dans nos conclusions. Malheureusement, sur trois tentatives de tubage qu'il nous a été donné de faire, nous avons eu dans un cas, au bout de deux mois il est vrai, des noyaux de généralisation cancéreuse. Or, comme les métastases sont excessivement rares dans le cancer œsophagien (Bouveret) et qu'il s'agissait là d'une forme molle à tendances hémorragiques, nous sommes malheureusement obligé de suspendre nos conclusions sur la valeur du tubage dans ses résultats éloignés jusqu'à ce que nous ayons un plus grand nombre d'observations, ainsi que des examens histologiques complets.

Nous croyons cependant pouvoir considérer le tubage comme le meilleur procédé de traitement des formes squirrheuses et nous espérons bientôt être en état de le démontrer plus complètement.

(1) Terrier et Delagenière. Rev. de chirurgie, 1890, p. 199.

Résultats

Nous ne saurions mieux faire, pour ce qui concerne le résultat de l'œsophago-tubage, que de renvoyer le lecteur aux nombreuses observations réunies dans la thèse de Pouy. Parmi celles-ci, la plus belle est, sans conteste, celle de Leyden et de Renvers concernant une malade qui a conservé dix mois dans l'œsophage une canule rigide, longue de 6 centimètres. Dans ce cas la mort fut le résultat, non de la privation de nourriture, mais d'une néphrite calculeuse. La canule fut retrouvée à la place exacte où elle avait été placée dix mois auparavant. Le néoplasme ne présentait ni foyer de nécrose ni d'apoplexie. Il n'y avait pas d'abcès de voisinage. Sans vouloir évidemment généraliser, Leyden et Renvers peuvent affirmer que, dans ce cas, la canule n'a eu aucune influence fâcheuse sur le rétrécissement.

Il nous serait facile d'ajouter de nouvelles observations à cette liste, et nous en avons rencontré bon nombre en parcourant la littérature médicale étrangère : on en trouvera mention dans notre index bibliographique.

Nous tenons cependant à reproduire ici deux observations encore inédites de tubage œsophagien que nous avons pratiqué dans les Hôpitaux de Lyon et qui viennent confirmer ce que nous avançons tout à l'heure au sujet du bien-être des malades soumis à ce traitement.

OBSERVATION I

Due à l'obligeance de notre collègue et ami, M. Etiévant, Interne des Hôpitaux. Service du Dr Jaboulay, Hôpital de la Croix-Rousse, salle St-Pothin, n° 5.

T... Jean, 79 ans. Diag. : Ret. canc. de l'œsoph. à 36 centimètres des arcades.

Le malade entre à l'hôpital le 4 mars 1896. Début de l'affection il y a 6 semaines par dysphagie pour les solides puis, depuis 3 semaines, dysphagie pour les liquides.

Depuis 15 jours régurgitations immédiatement après toute tentative d'alimentation, le cathéterisme avec la petite olive est seul possible.

7 mars. — Canule à demeure n° 26, le malade est immédiatement soulagé et avale facilement les liquides.

Alimentation : Lait, bouillon, poudre de viande. N'étaient les fils qui retiennent le tube, le malade ne ressent rien qui puisse lui en faire supposer l'existence.

15 mars. — Assez bon état général.

19 mars. — Le malade se plaint depuis 48 heures d'avoir des régurgitations 2 ou 3 minutes après avoir avalé ses liquides.

20 mars. — Présument une obstruction de la canule on la retire. Celle-ci est cependant restée perméable, elle est à peine dépolie. Fils intacts.

21 mars. — Le malade avale mieux qu'avant toute tentative de traitement.

25 mars. — Régurgitations continuelles ; les liquides ne passent qu'avec difficulté.

26 mars. — Essais de gavage avec sonde molle introduite sur conducteur, mais celle-ci est trop comprimée, ce qui empêche les liquides de passer.

L'état général s'abaisse sensiblement, les forces diminuent.

27 mars. — Tube à demeure n° 28 introduit avec beaucoup de peine.

30 mars. — Il semble qu'il y ait une amélioration dans l'état général. Les liquides passent à petites gorgées sans régurgitations et sans trop de difficulté. Le malade se promène dans les galeries et semble content de son traitement.

11 avril. — Alimentation : lait 3 litres, sucre 30 gram., beurre 30 gram. et cognac 30 gram.

13 avril. — Diarrhée profuse provoquée par ce changement de régime ; on reprend alors : lait, vin d'Espagne, bouillon.

15 avril. — Lorsque le malade avale trop précipitamment les régurgitations reparaissent.

21 avril. — On retire le tube qui est intact et perméable. Lavements alimentaires.

24 avril. — 24 heures après l'ablation du tube le malade avale mieux, ce qui paraît indiquer une action dilatatrice de l'instrument. Lait 1 litre 1/2, vin d'Espagne 200 gr., bouillon 500 gr.

Malgré l'absorption de ces aliments l'état général baisse et le malade meurt le 28 avril.

Autopsie. — Rét. canc. de l'œsoph., pas d'abcès péri-œsophagien, pas de dilatation préstricturale, le rét. néoplasique est peu végétant, légèrement ulcéré en certains points.

OBSERVATION II

Servicedu Prof. Ollier. Hôtel-Dieu, salle St-Sacerdos, n° 47.

A... François, 57 ans, journalier, entre dans le service du Prof. Ollier, le 11 mars 1896. Diagn. rétrécissement de l'œsophage à 26 cm. des arcades. Début de l'affection, il y a 18 mois, par de la dysphagie pour les aliments solides qui

semblent avoir de la difficulté à franchir un point que le malade rapporte à son creux épigastrique.

Cet état peu inquiétant s'est brusquement compliqué il y a 4 jours d'une forte augmentation de la dysphagie et le malade se présente en disant qu'il n'a avalé ni solides ni liquides depuis deux jours.

L'exploration de l'œsophage n'est possible qu'avec une sonde n° 15 qui seule peut franchir le rétrécissement situé à 26 cm. des arcades, mais on ne peut procéder au gavage, le malade ne supportant pas le contact de la sonde, qui est horriblement douloureux ; la sonde retirée ne sent rien, mais on trouve quelques striations sauguines au milieu du mucus qui englue le bec. Cependant quelques instants après le cathétérisme le malade peut avaler de lui-même une tasse de lait. La brusquerie du début jointe à la disparition de la dysphagie pour les liquides à la suite d'un simple cathétérisme fait penser à un rétrécissement spasmodique venant compliquer une lésion organique de l'œsophage, remontant à plusieurs mois. Pour éviter la reproduction de pareils accidents, on se décide à pratiquer le tubage.

13 Mars. — Le cathétérisme n'étant plus douloureux, on y procède graduellement du n° 18 au n° 25. On place alors à demeure un tube de Symonds n° 25. Le malade en est enchanté. Il n'a nullement la sensation d'un corps étranger ; il boit son lait sans aucune difficulté et fume sa cigarette assis à côté de son lit.

16 Mars. — Les fils de soie ont légèrement ulcéré le pilier postérieur du voile du palais à gauche ; on fait alors passer ceux-ci par le nez au moyen de la sonde de Belloc ; le malade n'en est nullement gêné.

20 Mars. — Le malade quitte l'hôpital avec son tube et défense absolue d'user d'aucun aliment solide. Poids 59 kg.

23 Mars — Le malade est présenté à la Société nationale de Médecine.

27 Mars. — Extraction du tube après deux semaines de séjour. L'opération est très facile. Le tube a perdu son brillant mais n'est nullement altéré. Il n'est pas bouché. Fils intacts. Pas d'odeur. A l'œil un peu de matières saniemieuses et légèrement sanguinolentes.

28 Avril. Le malade est venu se faire voir ; il avale toujours facilement les aliments liquides. Poids 59,500 kg.

Nous n'avons plus revu le malade depuis lors, nous avons cependant pu savoir que son état général s'est suffisamment maintenu jusqu'à ce jour (18 juillet 1896).

La troisième tentative de tubage œsophagien que nous avons pratiquée, est celle dont nous avons déjà dit quelques mots, et sur la valeur de laquelle nous sommes obligé de faire des réserves, les examens histologiques n'ayant pu encore être terminés.

Quoique il en soit, un point nous paraît acquis : c'est le bien-être des malades porteurs du tube œsophagien, et n'étaient les noyaux métastatiques de notre dernier cas, nous n'aurions pas hésité à considérer le tubage comme un bon moyen de traitement préventif destiné à retarder l'oblitération du conduit œsophagien. Bien mieux, en effet, que la sonde à demeure ou que la gastrostomie, il met le malade dans une situation parfaitement acceptable, alors même que celui-ci peut encore avaler des aliments liquides, au moment où l'on applique le traitement.

Malheureusement comme nous l'avons dit, nous ne

sommes pas encore en mesure aujourd'hui de nous prononcer définitivement sur la valeur de l'œsophagotubage.

Il est un point cependant sur lequel nous désirons attirer l'attention, c'est le fait que dans notre deuxième observation, nous avons vu cesser une dysphagie surtout spasmodique, sous l'influence d'un tubage de deux semaines. Il est probable qu'il s'est agi là d'un de ces cas dans lesquels la gastrostomie, ou même la gastropexie, donnent des résultats si curieux au point de vue de la perméabilité de l'œsophage. Ce spasme nous l'avons fait disparaître par un simple tubage et sans qu'il y ait eu besoin d'avoir recours à une intervention chirurgicale.

6° CAUTÉRISATION

Ce procédé dangereux est justement abandonné aujourd'hui, et si nous y consacrons quelques lignes c'est uniquement dans le but de faire une nomenclature complète. Appliquée indistinctement à diverses variétés de rétrécissements, la cautérisation trouva au commencement de ce siècle quelques partisans ⁽¹⁾. Mais on ne tarda pas à en reconnaître les dangers et les résultats étant plus que douteux nous la voyons rigoureusement proscrite en France par Velpeau ⁽²⁾ et par Follin ⁽³⁾ dans les cas de rétrécissements

(1) Andrew, Observations on the application of lunar caustic to strictures in the urethra and œsophagus, London 1807.

Everard Home, Pract. obs. on the treat. of strict. in the ureth. and in the œsophagus, London 1821.

(2) Velpeau, Nouveaux éléments de méd. op. III. 690.

(3) E. Follin, Des rétrécissements de l'œsophage Agreg. 1853.

cancéreux. Béhier ⁽¹⁾, allant plus loin, la proscrit dans tous les cas. On a peine à comprendre aujourd'hui comment on a pu introduire dans l'œsophage une bougie armée de nitrate d'argent lorsqu'on songe, comme le fait remarquer Béhier, au danger considérable de perforation qui existe dans le cancer œsophagien et à la difficulté de limiter l'action du caustique dans la profondeur d'un organe. Or, bien plus que le cathétérisme, la cautérisation est capable d'amener le ramollissement de la tumeur et toutes ses conséquences.

Il existait différentes espèces de porte-caustiques destinés à faciliter l'opération qui ne s'appliquait pas exclusivement comme on pourrait le croire, aux rétrécissements franchissables mais aussi aux rétrécissements infranchissables sous le nom de *cautérisation antérograde*.

Aujourd'hui, tout ce qui a trait à la cautérisation des rétrécissements cancéreux de l'œsophage n'a plus qu'un intérêt historique et cependant plus près de nous, Barral ⁽²⁾ s'inspirant des travaux du prof. Mosetig-Moorhof ⁽³⁾ sur les propriétés de l'acide lactique, parle de la possibilité qu'il y aurait de porter sur le siège du mal au moyen d'une sonde creuse dans laquelle glisserait une baleine armée d'une éponge, une solution concentrée d'acide lactique. Cette expérience dont les résultats sont trop faciles à prévoir n'a, croyons-nous, jamais été tentée.

(1) J. Béhier. Conf. de clin. méd. de la Pitié Paris 1864

(2) Barral, Des diverses variétés de Rétr. de l'œsophage Th. Paris 1886.

(3) Mosetig Moorhof, Wiener med. Blatter, 1885—13.

7° ÉLECTROLYSE

Appliquant à l'œsophage ce qu'il avait fait pour l'urèthre, M. J. A. Fort a préconisé, au 4^e Congrès français de chirurgie (1), le traitement par l'électrolyse des rétrécissements de ce conduit. En combinant l'électrolyse linéaire à la dilatation, il a obtenu, au bout de trois ou quatre séances, une amélioration très notable dans les cas de rétrécissements œsophagiens organiques et il a pu, en permettant ainsi à ses malades de s'alimenter, prolonger leur existence. Quoique ce procédé nous paraisse dangereux et passible des mêmes reproches que ceux que nous allons faire à l'œsophagotomie interne, M. Fort n'aurait jamais eu d'accidents imputables à l'opération (lésions des parois œsophagiennes, hémorrhagies, action du courant sur les ganglions cardiaques.)

Mais ici comme ailleurs, les résultats obtenus dans le traitement des rétrécissements cancéreux ne sont nullement comparables à ceux que l'on obtient dans les rétrécissements fibreux.

Nous ne saurions entrer dans des détails techniques concernant l'instrumentation et le manuel opératoire et si nous avons mentionné ce procédé, c'est uniquement pour que notre nomenclature soit complète ; M. Fort n'ayant, croyons-nous, trouvé aucun imitateur au moins pour ce qui concerne les rétrécissements cancéreux.

(1) J. A. Fort. Du traitement des rétrécissements de l'œsophage par l'électrolyse linéaire combinée à la dilatation. Congrès français de chirurgie, 4^e session. Paris 1889, p. 614.

8° ŒSOPHAGOTOMIE INTERNE

Ce mode de traitement ne saurait nous arrêter, la plupart des chirurgiens y ayant renoncé depuis longtemps, au moins pour ce qui concerne les rétrécissements cancéreux et nous n'aurions garde de soulever à nouveau une question définitivement tranchée.

Qu'il nous suffise donc de rappeler que sur quinze cas d'œsophagotomie interne pour cancer, réunis par Roe, il y eut six morts et que Gross trouve également six morts sur les dix-neuf cas qu'il a analysés (1). En s'appuyant sur ces résultats peu encourageants, ces deux auteurs arrivent à la conclusion que l'œsophagotomie interne doit être abandonnée dans le traitement du cancer de l'œsophage. Il est intéressant de rappeler à ce propos que, dès 1870, alors que cette opération n'était connue que depuis quelques années (2), F. Terrier s'exprimait à son sujet de la façon suivante : « De l'aveu même des chirurgiens qui ont pratiqué l'œsophagotomie interne, celle-ci ne doit être employée que pour traiter les rétrécissements inflammatoires ou cicatriciels du conduit œsophagien (3). »

Nous n'insisterons pas non plus sur les dangers auxquels on s'expose en opérant sans voir sur un rétrécissement dont on ne connaît qu'approximativement la disposition et dont les rapports avec des

(1) Bohmer. Œsophagotomie bei carcinomatesen Stricturen des Œsophagus Th. München, 1892.

(2) Maisonneuve, 1864. Lannelongue (de Bordeaux) 1865.

(3) F. Terrier. De l'œsophagotomie externe. Th. Paris, 1870, p. 70.

organes essentiels rendraient même délicate une intervention à ciel ouvert.

Quant aux accidents eux-mêmes, ils sont ou primitifs et dus à une hémorrhagie qui peut être foudroyante, ou secondaires et dus à une infection péri-œsophagienne. De nombreux exemples en ont été rapportés.

On s'étonnera donc de voir Schlitz (1) traiter deux cancers œsophagiens par ce procédé qu'il considère comme bon.

C'est ainsi que, dans un premier cas, il pratiqua cinq incisions du rétrécissement pendant les six mois que survécut sa malade, tout en ayant recours entre temps à la dilatation méthodique de l'œsophage. La malade mourut de tuberculose pulmonaire. Dans son deuxième cas (cancer du cardia), ce fut en un mois qu'il sectionna à cinq reprises différentes le rétrécissement, en faisant également suivre chaque intervention d'un cathétérisme dilatateur. Dans l'un et l'autre cas, l'hémorrhagie fut insignifiante.

Du reste, Schlitz ne croit pas la crainte de l'hémorrhagie bien fondée, soit parce que le carcinôme œsophagien serait peu vasculaire, soit parce que l'incision du rétrécissement se fait directement en avant. Cependant si celle-ci venait à survenir, il conseille de tamponner pendant quelques jours avec un appareil spécial.

Nous n'entreprendrons pas de discuter cette manière de voir que nous avons donnée uniquement

(1) Schlitz, Aertzl. Korr-Blatt. für Rheinland-Westfalen, 1877 et Berl. Klin. woch., 1883 et Boehmer, loc. cit., p. 20.

dans le but de montrer que chaque procédé a ses défenseurs, et nous continuons à considérer l'œsophagotomie interne comme un procédé à rejeter dans le traitement du rétrécissement cancéreux de l'œsophage.

9° SONDE A DEMEURE

Bibliographie

On trouvera une bibliographie très complète de la question in :

POUY F. — De l'emploi de la sonde à demeure dans le traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage. Th. Lyon, 1890.

Voir surtout, en plus des mémoires de Krishaber :

GANGOLPHE. — Lyon Méd. 1890, p. 322-359.

BOUVERET. — Traité des maladies de l'estomac, p. 592, 1893.

POLLOSSON M. — Cliniques chirurgicales.

RECLUS. — Clin. et crit. chirurgicales, p. 388.

RODET. — Th. Paris, 1881. De la sonde œsophagienne à demeure.

KIRMISSON. — Acad. de Médecine, 3 juillet 1888.

FORGUE et RECLUS. — Traité de thérap. chirurgicale, Paris 1892, p. 483.

PAVIOT J. — Rétréc. canc. de l'œsoph à 23 cm. des arcades. Sonde à demeure pendant 146 jours. Mort. Prov. méd. 30 nov. 95.

V. L. — Sonda exofagica sostenida de un modo permanente durante trescientos cinco dias; utilidad de este procedimiento. Clinica Zaragoza, 1881.

LE FORT. — Acad. de méd., 26 nov. 1889. Bul. gén. de thérap. 1890 I, p. 1.

GOUGENHEIM. — Bul. gén. de thérap. 1890, II, 515.

Appliqué pour la première fois par Boyer en 1799, ce procédé oublié pendant un siècle, a été repris par Krishaber en 1881 et compte aujourd'hui de nombreux partisans. C'est ce qu'oublient trop souvent de dire les défenseurs de la gastrostomie.

Sans vouloir faire ici d'historique complet, il ne nous paraît pas inutile de rappeler que la cause est loin d'être jugée et que depuis Krishaber, bon nombre d'auteurs contemporains considèrent ce procédé comme des plus utiles. C'est ainsi que Forgue et Reclus s'expriment au sujet de la sonde à demeure de la façon suivante : « On peut se demander si la gastrostomie précoce, simplifiée maintenant et bien diminuée en gravité, n'est pas capable de prolonger la vie de ces malades : aux faits ultérieurs à répondre. Mais jusqu'à nouvel ordre l'emploi hâtif de la sonde à demeure reste le palliatif par excellence ». Et ailleurs Reclus⁽¹⁾ défend le procédé en ces termes : « On évite les dangers du cathétérisme dans les tissus ramollis, la déchirure de la paroi et la pénétration dans le médiastin ; l'alimentation n'est plus à la merci d'une oblitération par végétation des masses cancéreuses, elle se fait plus régulièrement et plus abondamment ; aussi la cachexie est-elle moins rapide ; le malade ne déglutit pas avec les substances alibiles les matières putrides qui s'accumulent dans la bouche ; enfin la marche de la tu-

(1) Reclus. De la sonde œsophagienne à demeure, Clin. et Crit. chirurgicales, page 388.

meur est peut être moins rapide, grâce à l'absence d'irritation par le bol alimentaire. »

A Lyon, plus récemment, M. Gangolphe ⁽¹⁾ a préconisé l'emploi de la sonde à demeure dans un important mémoire, ainsi que dans la thèse qu'il a inspirée à son élève Pouy. De même, MM. Pollosson, Bouveret et Garel s'en montrent de chauds partisans. A Paris, M. Le Fort défendait ce procédé dans le mémoire que nous citons tout à l'heure, et il y a quelques semaines, M. Kirmisson nous écrivait : « Je reste toujours partisan de la sonde à demeure ».

C'est un procédé auquel a également recours le professeur Gougenheim.

En présence de l'autorité des auteurs dont nous citons les noms, on est en droit de s'étonner, lorsqu'on lit que la gastrostomie seule permet une alimentation facile et procure un grand soulagement ⁽²⁾. A l'étranger, on a plus volontiers recours au tubage qui est, comme on l'a vu tout à l'heure, le dérivé du procédé que nous étudions actuellement.

Nous n'avons nullement l'intention d'entreprendre ici la description des sondes que l'on emploie, ainsi que des procédés mis en usage pour les introduire ou les fixer, renvoyant le lecteur pour tout ce qui concerne la technique et l'instrumentation aux mémoires originaux que nous avons cités et particulièrement à la thèse de Pouy.

Les avantages de la sonde à demeure ont été trop bien présentés par M. Gangolphe pour que nous

(1) Voir index Bibliographique.

(2) Bousquet. Th. Paris, 1891.

puissions ajouter aucun argument nouveau à la défense de ce procédé.

Mais le point sur lequel il convient d'insister particulièrement, c'est le peu de danger que présente l'emploi de la sonde à demeure comparé à la gastrostomie. Quoique depuis la statistique de Le Fort la mortalité de la gastrostomie se soit considérablement améliorée, tant au point de vue de la durée de la survie qu'au point de vue de la mortalité opératoire, il n'en est pas moins vrai qu'il faut considérer, encore aujourd'hui, cette opération comme sérieuse. Cet argument est capital et si l'on se reporte aux mémoires de Kirmisson et de Gangolphe, on verra qu'il est solidement appuyé sur de nombreuses observations.

Il est évident, comme on l'a dit, « que la sonde à demeure ne saurait empêcher la marche du cancer et l'affaiblissement qui en est la suite, et si les malades traités par ce procédé n'ont survécu que quelques mois, la gastrostomie en les exposant à des dangers plus sérieux, ne leur aurait pas accordé une survie plus longue ⁽¹⁾. »

Mais il est un point qui nous a frappé, c'est la facilité avec laquelle les malades se soumettent aux tentatives du cathétérisme permanent. La répugnance bien constatée qu'ils éprouvent pour la gastrostomie leur fait faire des efforts considérables pour faciliter la pénétration de la sonde et pour tolérer la présence constante d'un corps étranger dans le pharynx.

Si ce procédé ne présentait que des avantages,

(1) Le Fort. Loc. cit.

nous n'hésiterions pas à en conseiller l'emploi, même comme traitement préventif. Malheureusement, la sonde à demeure elle aussi, a ses inconvénients, et on lui a entre autre reproché de faciliter la formation d'abcès péri-œsophagiens, de ne pouvoir s'appliquer que dans les cas de rétrécissements peu serrés, de déterminer de l'irritation pharyngienne et du catarrhe de la trompe d'Eustache. Enfin, on a dit que le plus souvent le malade ne pouvait la supporter.

Il est évident que tout comme la gastrostomie la sonde à demeure ne peut réussir dans tous les cas, mais comme c'est un procédé fort simple à essayer, il nous paraît utile de l'appliquer en premier lieu, quitte à recourir à la gastrostomie si l'on ne réussit pas.

Le malade porteur d'une sonde est évidemment dans une situation peu enviable, il ne peut jouir du goût des liquides qu'il prend et il ne s'alimente que par gavage; seulement, si désagréable soit-elle, cette situation nous paraît préférable à celle d'un malade porteur d'une fistule gastrique toujours plus ou moins continente.

Quant aux dangers de perforation de la paroi œsophagienne il nous semble qu'on en a exagéré l'importance et si l'on a soin de faire avaler au malade la sonde en caoutchouc rouge en se bornant à la soutenir avec la main, on arrivera le plus souvent à franchir le rétrécissement sans le secours d'aucun mandrin. Cette pratique est celle que préconise M. Bouveret.

La sonde à demeure donc est moins dangereuse

que la gastrostomie mais constitue pour le malade une situation inférieure à celle dont il jouit encore tant qu'il peut avaler un minimum de nourriture nécessaire. Aussi, conformément à la pratique de M. Bouveret, et quoique nous considérions ce procédé comme le meilleur, nous le réservons, tout comme les autres, pour les cas seulement où l'alimentation du malade est devenue manifestement insuffisante.

Le grand principe en effet qui nous paraît devoir régir la thérapeutique du cancer de l'œsophage est de n'intervenir que lorsqu'il est absolument nécessaire de le faire.

Pour la sonde à demeure comme pour la gastrostomie, la situation d'un malade qui avale encore suffisamment de nourriture liquide par la bouche pour se soutenir, nous paraît infiniment préférable à celle que lui crée l'application de l'un de ces deux procédés.

Il est évident qu'en procédant de la sorte nous restreignons l'emploi de la sonde à demeure car tel rétrécissement qui pris au début se trouve facilement franchissable ne le sera plus au moment où la dysphagie est devenue trop intense pour permettre au malade de calmer sa soif ou sa faim. Cependant, ici comme ailleurs, il nous semble qu'il est préférable de pouvoir avaler par la bouche le minimum de nourriture nécessaire que d'en avaler une quantité peut-être un peu plus considérable en subissant la gêne d'un corps étranger dans le pharynx et dans les fosses nasales.

Nous avons vu, à propos du tubage, les discussions relatives à l'action d'un corps étranger mis en rapport continu avec le néoplasme, mais il nous semble que ce qui peut survenir sous l'influence d'un corps rigide ne saurait être semblable à ce que peut donner la sonde en caoutchouc rouge, telle que la préconisait Krishaber.

Enfin, il n'est pas moins intéressant de rappeler que, contrairement à ce que l'on a dit, le malade muni d'une sonde à demeure peut avaler sa salive, ce qui, comme le fait remarquer le professeur Le Fort, est d'une haute importance pour l'accomplissement physiologique ultérieur des fonctions digestives. « Il arrive ici, dit Krishaber, ce qui arrive pour l'urèthre rétréci : lorsque la sonde uréthrale reste à demeure, la miction peut s'effectuer à côté d'elle. Chez nos malades, de même, les aliments peuvent passer à côté de la sonde œsophagienne et grâce à cette circonstance, ils peuvent avaler au moins des liquides par la bouche, tandis qu'avant la mise de la sonde à demeure les liquides même ne passent que difficilement ou ne passent point. »

Quant aux résultats donnés par la sonde à demeure, la longue liste des observations recueillies par Pouy est suffisante pour démontrer la valeur du procédé. Nous avons cherché à allonger encore cette liste et nous mentionnons dans nos indications bibliographiques le résultat de nos recherches. Malheureusement, les observations de ce genre se font rares, il faut le reconnaître, la mode étant aujourd'hui à la gastrostomie. Cette opération est évidemment plus

élégante, mais ceci ne nous paraît pas suffire pour ériger le procédé en méthode.

10° LAVEMENTS NUTRITIFS

On a souvent recours aux lavements alimentaires pour combattre les dangers de l'inanition dans le cancer de l'œsophage. Nous ignorons s'il existe des observations dans lesquelles ce procédé suffit à soutenir les forces du malade qui, en plus de l'inanition mécanique, est encore affaibli par la cachexie cancéreuse. En général, cependant, les auteurs sont d'accord pour attribuer à ces lavements une certaine utilité.

11° ŒSOPHAGOSTOMIE

Bibliographie

- EIERMANN A. — Ueber Œsophagotomie bei Stricturen. Th. Erlangen, 1892.
- GRASER. — Zur Behandlung der Œsophagusstenosen. 9^e Congrès de la Société allemande de chirurgie. Compte rendu. 1890, p. 136.
- BÖEHMER H. — Œsophagotomie bei carcinomatösen Stricturen des Œsophagus. Th. München, 1892.
- CRISTOVITCH — Sur un cas de cancer de l'œsophage et du larynx traité par l'œsophagotomie ext. et la trachéotomie. Bull. génér. de thérap, 1890 II, 541 et Rev. de chir., 1891, p. 590.
- FONNENBERG. — Soc. de Médecine de Berlin, 9 juillet 1884, in Sem. méd., 1884, p. 287.

Quoique l'unique but que l'on se propose d'atteindre soit toujours de permettre l'alimentation, il est lorsqu'on intervient directement sur l'œsophage dans le traitement palliatif du cancer de cet organe différentes façons de procéder.

On peut en effet, selon les cas :

1^o) Créer au-dessous du rétrécissement une bouche artificielle par laquelle on alimentera directement le malade. C'est : *l'œsophagostomie proprement dite*.

2^o) Créer l'ouverture œsophagienne au-dessous du rétrécissement ou même à son niveau afin de pouvoir pratiquer soit un *cathétérisme alimentaire plus direct* lorsque celui-ci est impossible par les voies naturelles, soit une *dilatation mécanique* en ayant la sténose sous les yeux. C'est : *l'œsophagostomie combinée*.

Dans le premier cas, on pratique une intervention qui par elle-même doit permettre l'alimentation du malade. Dans le deuxième, au contraire, l'ouverture de l'œsophage n'est que le premier temps du procédé et il faut avoir recours au cathétérisme pour atteindre le but.

1^o *Œsophagostomie proprement dite*

La création d'une fistule œsophagienne au-dessous du point rétréci est une opération que l'on ne peut qu'exceptionnellement tenter, ce qui s'explique par les mêmes raisons que nous avons déjà invoquées en parlant de la rareté de l'œsophagectomie.

On s'accorde cependant à préférer cette opération à la gastrostomie toutes les fois qu'il est possible de la tenter et ceci pour les deux raisons suivantes :

a) L'œsophage dans sa portion cervicale est plus facilement accessible que ne l'est l'estomac. Ceci est du reste surabondamment prouvé par les origines déjà anciennes de l'œsophagotomie externe.

b) La situation d'un malade porteur d'une fistule œsophagienne serait infiniment préférable à celle d'un malade gastrotomisé.

A côté de ces arguments importants, il en est d'autres accessoires tels que la possibilité de se rendre compte de visu de la nature du rétrécissement; la répugnance des malades pour la gastrotomie etc.,

Malheureusement, comme on va le voir, les résultats de cette opération ne sont nullement supérieurs au point de vue de la survie à ceux que donne l'intervention directe sur l'estomac.

Résultats

Les chiffres sur lesquels on se base pour apprécier les résultats de cette opération sont forcément restreints surtout si l'on ne veut prendre en considération que les cas récents.

Quoiqu'elle nous paraisse légèrement optimiste, nous reproduisons ici la statistique de Bœhmer. Celui-ci s'appuie pour défendre l'œsophagostomie sur le relevé de vingt-six cas, répartis comme il suit :

Vingt-et-un cas de la statistique de Gross.

Un cas de Schutz (Clinique de Sonnenburg).

Deux cas nouveaux (Clinique du professeur Angerer).

Deux cas recueillis par l'auteur dans la littérature et dus à Knie et à John Berg. Total: *Vingt-six*.

En faisant abstraction tout d'abord des quatre derniers cas, voici quelles furent les suites de l'intervention dans les vingt-deux premiers.

17 fois la mort survint dès les premiers jours, soit 77,28 0/0.

5 fois par épuisement.

12 fois des suites mêmes de l'opération, soit 54,54 0/0, savoir :

7 fois de Shock

1 — Septicémie

1 — Pyohémie

1 — Pneumonie

2 — Phlegmon des médiastins

12

En retranchant les 5 cas de mort par épuisement, la léthalité de l'opération même tombe de 77,28 0/0, à 54,54 0/0.

Ce chiffre, encore énorme, Boehmer parvient à le diminuer considérablement en étudiant de plus près les causes de la mort. C'est ainsi que, dans cinq cas, l'œsophagostomie au lieu d'avoir été pratiquée au-dessous du rétrécissement, le fut deux fois en pleine tumeur et trois fois au-dessus. Dans les deux premiers cas, les malades moururent d'infection (septicémie et pyohémie) et dans les trois derniers la mort fut la conséquence du cathétérisme alimentaire rendu indispensable par la situation de la fistule au-dessus du rétrécissement et ayant

déterminé des perforations (phlegmons des médiastins, etc.).

En retranchant ces cinq cas où la mort n'est pas due à l'opération elle-même, Bœhmer arrive donc à ne plus considérer que dix-sept œsophagostomies ayant déterminé sept fois la mort. Enfin, il ajoute à ses dix-sept cas deux cas nouveaux qu'il publie ainsi que deux cas plus récents dus à Knie et à John Berg, tous les quatre ayant eu d'heureux résultats. Ce qui fait qu'en définitive sa statistique repose sur vingt-et-une œsophagostomies ayant déterminé sept fois la mort, soit une mortalité de $33 \frac{1}{3}$ 0/0, tandis que celle de la gastrostomie serait de 34, 40 0/0.

Voici maintenant ce qui concerne la survie des opérés :

Statistique de Schulz :

1 cas de survie de 2 mois

1 — — — 3 mois

1 — — — 5 mois

1 — — — 6 mois

1 — — — 16 mois

—
5 cas.

Statistique de Bœhmer :

1 cas de survie de 268 jours

1 — — — 118 jours

—
2 cas.

Les deux cas heureux dus à Knie et à John Berg ne peuvent être pris en considération pour ce qui concerne la survie car on manque de détails précis,

relativement au premier et l'observation du second était publiée alors que le malade vivait encore.

La durée moyenne de la survie serait donc, d'après ces sept cas, de 192 jours, tandis qu'elle ne serait que de 125 jours avec la gastrostomie.

On conçoit aisément qu'en s'appuyant sur de tels chiffres, Boehler n'hésite pas à dire que l'œsophagostomie doit être préférée à la gastrostomie toutes les fois que la situation de la lésion le permet.

Malheureusement cette statistique nous paraît trop optimiste et il est facile d'en donner la raison. En effet, pour pouvoir arriver à réduire la mortalité à 33 0/0, Boehler est obligé de pratiquer un véritable choix dans les observations. C'est ainsi qu'il retranche d'un côté les cas de mort par shock, les cas où l'opération n'a pas été faite à l'endroit voulu, tandis que de l'autre il ajoute les cas heureux qu'il a pu recueillir dans la littérature.

Bien plus, sur les quatre nouveaux cas qu'il publie, deux seuls sont pris en considération dans sa statistique, le premier et le deuxième, tous deux heureux. Quant au troisième, il ne le compte pas, la mort étant due à une trachéotomie de nécessité. Enfin, le quatrième malade fut opéré alors que la statistique était déjà établie, et nous ne saurions faire à Boehler le reproche de l'avoir laissé de côté, vu que de tous les cas qu'il élimine, c'est le seul qui ait eu un heureux résultat.

Ainsi conçue, cette statistique n'a qu'une valeur relative, et en procédant de la sorte, il est possible de défendre n'importe quelle opération, si invraisem-

blable soit elle. Bien plus, en tablant sur les cas heureux recueillis dans la littérature, on s'expose à de graves erreurs, et chacun sait bien que lorsqu'il s'agit d'une opération nouvelle, il faut compter sur un nombre respectable de cas malheureux pour un seul cas heureux qu'on publie.

Rien d'étonnant alors, à ce qu'en nous appuyant sur les mêmes observations que Böehmer, nous arrivions à un taux de mortalité bien supérieur.

Les observations sur lesquelles nous allons établir le pourcentage brut de la mortalité par œsophagostomie sont donc au nombre de 26, ainsi décomposables :

Statistique de Gross-Schultz.	22 cas	17 morts
» Böehmer.....	4 cas	1 mort
	26	18

On remarquera que nous éliminons, pour les raisons que nous avons données, les observations de Knie et de Berg et que nous n'en ajoutons aucune nouvelle. Il nous aurait cependant été facile de trouver dans la littérature des cas heureux d'œsophagostomie. Quoiqu'il en soit, on arrive, en procédant ainsi, à une mortalité de 69,23 0/0. Chiffre énorme, qui démontre bien que l'œsophagostomie est une opération des plus sérieuses. Mais cependant il ne faudrait pas pousser la chose au pire et tomber dans l'extrême opposé. Il est en effet, une conclusion facile à tirer des chiffres que nous donnons, c'est que tout comme la gastrostomie, l'œsophagostomie a réalisé dans ces dernières années d'énormes

progrès, si bien que sur quatre cas opérés par le professeur Angerer, il n'y a eu qu'une mort, et encore celle-ci est-elle survenue dans des circonstances particulières. Il y a donc loin aujourd'hui des dix-sept cas de mort sur vingt-et-un opérés de la statistique de Gross. Cependant ces cas heureux sont encore trop rares pour pouvoir en tirer des conclusions fermes au point de vue du pronostic de l'opération et l'avenir seul nous montrera s'il faut ou non préférer la fistule œsophagienne à la fistule gastrique.

Cependant, si cette opération n'a pas été abandonnée, malgré les résultats peu encourageants obtenus à son début, c'est qu'elle présente sur la gastrostomie certains avantages qu'il importe de signaler :

Il faut en effet d'après Boehler, considérer qu'en pratiquant l'œsophagostomie dans les conditions voulues, on rend un important service au malade. « Celui-ci n'est pas obligé alors de garder le lit, il peut vaquer à ses occupations. Il n'en est pas de même lorsqu'on lui fait un « *trou* » dans l'estomac. On le condamne alors à garder le lit où il est exposé à tous les inconvénients de l'issue du suc gastrique ainsi qu'aux dangers du décubitus. » Ceci est peut-être aller un peu loin et chacun sait bien qu'aujourd'hui la gastrostomie lorsqu'elle est bien pratiquée ne condamne nullement le malade à garder le lit.

Cependant toutes choses étant égales d'ailleurs, nous croyons la situation d'un malade porteur d'une fistule œsophagienne préférable à celle d'un malade porteur d'une fistule gastrique. Aussi, avec la plupart

des auteurs, considérons-nous l'œsophagostomie comme indiquée toutes les fois que l'on est sûr de pouvoir pratiquer la fistule au-dessous du rétrécissement dans une portion saine de l'œsophage. Mais il ne faut point oublier, ainsi que le fait remarquer Fonnenburg, qu'on est souvent dans l'impossibilité de se rendre compte des limites exactes de la lésion.

2° Œsophagostomie combinée

Ce procédé est basé sur le fait que le cathétérisme de l'œsophage pour un cancer siégeant au niveau du tiers moyen ou du tiers inférieur est plus facile lorsque la sonde est introduite par une fistule cervicale au lieu d'être introduite par la voie buccale. Il est des cas, dit Graser, dans lesquels de nombreux essais de cathétérisme par la bouche étant restés infructueux l'opération réussit du premier coup lorsqu'on a eu recours à l'œsophagotomie externe. Quoique ce traitement soit surtout destiné à combattre les rétrécissements cicatriciels, Graser y a recours également dans les cas de cancer.

Cet auteur considère en effet qu'il est impossible dans la gastrostomie d'empêcher tout écoulement de suc gastrique. Il cite même un cas dans lequel il dut se résoudre sur les supplications du malade à *oblitérer l'orifice d'une fistule gastrique préalablement pratiquée*. Il conseille donc de procéder comme suit : on commence par une œsophagostomie externe par laquelle on introduit une bougie dilatatrice qu'il sera toujours facile d'introduire et qui contrairement à ce que l'on fait en général sera retirée au moment des

repas ! Les malades pourraient alors avaler normalement par la bouche.

Il nous semble cependant vraisemblable, qu'à moins d'artifices spéciaux, les liquides avalés doivent s'écouler en partie par l'orifice œsophagien.

Nous ne saurions évidemment conclure de la valeur de cette opération d'après l'opinion d'un seul auteur, et ce qui précède ne tendrait rien moins qu'à supprimer la grande classe des rétrécissements dits infranchissables ; on nous permettra cependant de faire remarquer qu'en procédant ainsi, on soumet le malade aux inconvénients de l'œsophagostomie et du cathétérisme dilatateur et il s'agirait de déterminer si la somme des avantages surpasse la somme des inconvénients, ce que nous ne sommes point en état de faire..

12° GASTROSTOMIE

Dans une thèse relativement récente, Annéquit ⁽¹⁾ concluait au bannissement de la gastrostomie dans la thérapeutique du cancer de l'œsophage en s'appuyant sur le fameux dilemme de Lagrange : Ou bien la maladie est peu avancée et l'opération est inutile, parce que le malade peut vivre sans gastrostomie ; ou bien la maladie existe depuis longtemps et l'opération est inutile, parce que le malade va mourir.

Plus récemment, Bousquet ⁽²⁾, dans sa thèse inaugurale, arrivait aux conclusions suivantes :

(1) Annéquit. Contribution à l'étude de la Gastrostomie. Th. Bordeaux, 1885.

(2) Bousquet. Th. Paris, 1890.

La Gastrostomie dans les rétrécissements cancéreux de l'œsophage est une bonne opération palliative; elle doit être préférée aux autres interventions qui s'adressent à l'organe malade. Seule elle permet une alimentation facile et procure un grand soulagement.

La différence qui existe entre ces conclusions montre bien les progrès réalisés en quelques années par la gastrostomie.

En théorie, nous nous rattacherions volontiers aux conclusions de Bousquet. Il est incontestable qu'un malade gastrostomisé de bonne heure avec une fistule empêchant convenablement le reflux du suc gastrique présente au point de vue d'une longue survie le maximum de chances. Mais en pratique, nous ne saurions conclure ainsi.

En effet, que faut-il pour arriver à cet heureux résultat? Il faut tout d'abord une *intervention*. C'est évident. Mais à ce sujet, deux cas peuvent se présenter: Ou bien l'intervention est précoce, ou bien elle est tardive. Dans le premier cas, la gastrostomie est pratiquée si tôt le diagnostic fait, alors que le malade s'alimente encore suffisamment et qu'il n'est pas cachectisé. C'est la *Gastrostomie préventive*. Dans le deuxième, au contraire, l'intervention est tardive, le malade cachectisé n'avale plus. C'est la *Gastrostomie de nécessité*.

Après avoir donné une idée générale des résultats actuels de l'intervention sur l'estomac dans le cancer de l'œsophage, nous étudierons successivement la *Gastrostomie préventive* et la *Gastrostomie de nécessité*.

Résultats de la gastrostomie (1)

L'avènement de la méthode antiseptique et les nombreux perfectionnements apportés à la technique opératoire les ont considérablement améliorés et il y a loin des résultats désastreux obtenus par Sédillot en 1849 à ceux que l'on obtient aujourd'hui. Il est en effet incontestable que la gastrostomie est de nos jours une bonne opération et qu'elle possède à son actif une longue série de cas heureux. C'est presque une opération courante, et il ne se passe pas de semaine sans que paraissent dans les périodiques médicaux une ou plusieurs observations de gastrostomie avec survie considérable. Malheureusement, la tendance actuelle est de ne publier que les cas heureux, de telle sorte que l'on se trouve embarrassé si l'on cherche à déterminer la mortalité consécutive à cette opération.

Sans y attacher autrement d'importance, puisqu'on pourrait nous faire le reproche d'exhumer de vieilles statistiques, nous tenons cependant à rappeler qu'en 1890 le professeur Le Fort accusait la gastrostomie de déterminer une mortalité opératoire de 72,8 %. Ce chiffre énorme est aujourd'hui considérablement diminué. Malheureusement, si on cherche à se rendre compte de ce qu'est aujourd'hui la mortalité opératoire de la gastrostomie, on se heurte dès le début à de grosses difficultés et ceci du fait que les documents dont on dispose sont fort peu nombreux.

(1) Consulter, pour tout ce qui concerne la technique de la Gastrostomie, la récente thèse de Vergez : « De la Gastrostomie à l'heure actuelle ». Thèse de Bordeaux, 1896.

Nous avons cependant réussi à trouver dans la littérature médicale quelques statistiques récentes auxquelles nous pouvons ajouter, grâce à l'amabilité de M. Jaboulay, les résultats que lui ont fournis onze gastrostomies pour cancer de l'œsophage.

Sans vouloir nous livrer ici à des calculs de pourcentage, les chiffres qui suivent nous paraissent assez éloquents pour démontrer que l'on meurt encore aujourd'hui des suites de cette opération !

Statistique du Dr Jaboulay. — Dans ces quatre dernières années, 11 gastrostomies avec 3 morts des suites de l'opération :

1	48 heures après l'opération.	
1	36 —	—
1	8 jours	—

Voici maintenant la statistique du professeur Mikulicz.

Statistique du professeur Mikulicz ⁽¹⁾. — 34 gastrostomies pour cancer de l'œsophage avec 6 morts des suites de l'opération = 17,5 0/0.

Malgré les résultats incontestablement supérieurs qu'il présente, Mikulicz se demande au 14^e Congrès des chirurgiens allemands « s'il convient d'intervenir dans le cancer de l'œsophage ? » Hâtons-nous cependant de dire qu'il résout immédiatement par l'affirmative la question qu'il se pose, en s'appuyant surtout sur le soulagement que la gastrostomie apporte au malade ⁽²⁾.

(1) XXIV^e Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin, 1895, in Berl. klin. Woch 1895, p. 445.

(2) « Im Hinblick auf die Euphorie der Patienten nach der opération und die Euthanasie muss man diese Frage bejahen. »

Il est intéressant de rapprocher de ces chiffres les conclusions que tire M. Peugniez (1) de l'étude comparée des gastrostomies qu'il a pratiquées « Cette opération contre le cancer de l'œsophage est complètement palliative et, comme elle ne peut, quelque chose que contre le seul symptôme inanition, *c'est lui seul qui doit armer la main du chirurgien.*

Quant à la survie moyenne de la gastrostomie, M. Gangolphe (2) a, croyons-nous, surabondamment prouvé qu'elle était inférieure à ce que donnait la sonde à demeure.

Gastrostomie préventive

Certains auteurs conseillent pour diminuer les dangers du shock opératoire de pratiquer la fistule gastrique sitôt le diagnostic posé.

A ce moment en général les malades accepteront difficilement une intervention sanglante et nous avons pu nous rendre compte par nous-même de la répugnance qu'ils éprouvent à se laisser pratiquer une fistule gastrique alors même que leur alimentation devient manifestement insuffisante par la bouche.

Si le malade prend encore le minimum de nourriture nécessaire est-on en droit d'insister? Nous ne le croyons pas, d'abord parce que nous possédons d'autres moyens plus simples, plus commodes et

(1) P. Peugniez (d'Amiens). Chirurgie de l'estomac in Arch. prov. de chir. 1894, p. 257.

(2) Gangolphe. Loc. cit.

surtout moins dangereux. Ensuite parce qu'il s'agit là à la fois d'une opération palliative et préventive, c'est-à-dire d'une opération qui ne guérira pas le malade et qui est destinée à parer à des accidents qui ne sont encore point survenus. Enfin parce que la survie attribuable à l'opération est forcément limitée. On a l'habitude, en effet, de compter la survie moyenne des malades à partir du jour de l'intervention mais il faut en déduire toute la période durant laquelle le malade a pu encore se nourrir par la bouche ce qui la diminue considérablement. On peut donc sans vouloir retomber dans le dilemme de Lagrange, se demander à quoi servira la fistule alors que le malade avale convenablement par la bouche.

Frœlich ⁽¹⁾ a récemment insisté sur les difficultés d'imposer une gastrostomie préventive. « Il est, dit-il, difficile de faire accepter à un malade, dont la déglutition se fait encore dans des conditions presque normales, une opération qui le privera de la mastication et de l'alimentation par la bouche. Il ne faut pas oublier en plus, l'infirmité déplorable que constitue la fistule gastrique, avec l'irritation qu'elle provoque infailliblement autour d'elle, avec les suintements et les reflux dont elle est le siège. L'opération avant que le malade ne puisse plus avaler, avant qu'il ne soit talonné par la faim, sera difficile à imposer et tout chirurgien qui connaît les graves inconvénients de la fistule gastrique ne voudra pas insister pour obtenir le consentement du patient. »

(1) R. Frœlich, Des effets de la gastropexie sur les rétrécissements cancéreux de l'œsophage. Rev. méd. de l'Est, 15 mars 1896.

Cette difficulté que l'on rencontre toujours lorsqu'il s'agit de faire accepter la gastrostomie aux malades, nous paraît avoir été laissée dans l'ombre par la plupart des auteurs.

Tout malade qui aura été préalablement alimenté à la sonde, ne fût-ce qu'une fois, n'acceptera cette intervention que lorsqu'il lui sera démontré par l'évidence que le premier procédé est devenu inapplicable.

Nous ne concevons qu'une seule opération préventive : C'est la gastropexie. Celle-ci peut, dans certains cas de dysphagie spasmodique, rendre à l'œsophage une certaine perméabilité. Malheureusement, MM. Gangolphe et Jaboulay ont insisté devant nous sur les difficultés que présente la ponction de l'estomac, pratiquée plusieurs jours après sa fixation. On est alors exposé à de fausses routes dangereuses.

Gastrostomie de nécessité

Lorsque le rétrécissement est infranchissable et que le malade ne s'alimente plus, s'abstenir équivaut à une condamnation à mort. Il faut par conséquent recourir immédiatement à l'ouverture de l'estomac pour pratiquer l'alimentation artificielle. Ici plus de discussion possible, car c'est là le seul procédé que nous possédions. C'est en compulsant les nombreuses observations contenues dans les mémoires consacrés exclusivement à la gastrostomie que l'on peut se convaincre des progrès réalisés par cette opération. Dans ces cas en effet, toute survie est due à la gastrostomie et à la gastrostomie seule. Aussi, quoique l'on

puisse nous reprocher de réserver cette opération pour les cas extrêmes et partant les moins favorables nous n'en persistons pas moins à croire qu'il ne faut pratiquer la gastrostomie que lorsqu'on ne peut pas faire autrement, c'est-à-dire lorsqu'on a été obligé de renoncer à la sonde à demeure qui, nous le répétons, est plus simple, plus pratique, moins dangereuse et surtout plus facile à faire accepter au malade.

Voilà ce qu'est aujourd'hui la gastrostomie dans le traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage. Sans partager l'engouement des uns ni le pessimisme des autres, nous croyons pouvoir tirer des considérations qui précèdent les conclusions suivantes :

I. La gastrostomie est une bonne opération qui a réalisé dans ces dernières années de grands progrès mais c'est encore une opération sérieuse.

II. La gastrostomie préventive appliquée au traitement des rétrécissements cancéreux larges de l'œsophage nous paraît inutile et inacceptable pour les raisons que nous avons développées.

III. La gastrostomie est l'unique traitement applicable aux rétrécissements cancéreux infranchissables et même dans les cas extrêmes elle peut donner d'excellents résultats.

Nous avons terminé avec la gastrostomie l'étude des nombreux procédés employés pour assurer l'alimentation des malades atteints de rétrécissement cancéreux de l'œsophage.

Nous avons envisagé les résultats si variables

qu'ils donnent ; il ne nous reste maintenant qu'à en étudier les applications.

Ce que nous avons dit de l'œsophagectomie nous dispense de revenir sur le traitement curateur de l'affection qui nous occupe et nous n'aurons en vue dans le chapitre qui va suivre que le traitement palliatif.

CHAPITRE III

De la conduite à tenir en présence d'un cancer œsophagien inopérable.

Il résulte tout d'abord de la lecture des différents chapitres qui précèdent que chacun des procédés possède à son actif un certain nombre d'heureux résultats. Aussi pouvons-nous dire dès maintenant qu'il n'y a pas un traitement du cancer œsophagien mais des traitements. Les modalités si variables de nature, de siège et de développement de la lésion impliquent forcément des variétés dans sa thérapeutique et on ne saurait ériger en méthode ce qui n'est que procédé. Aussi bien, n'est-ce ici qu'un cas particulier d'un principe général et nous avons à maintes reprises entendu notre Maître M. le Prof. Ollier insister sur le danger qu'il y avait à vouloir appliquer systématiquement le même traitement à des affections, qui si elles ont la même étiquette chirurgicale, n'en comportent pas moins une foule de variétés. Vouloir traiter tous les cancers œsophagiens par le même procédé équivaldrait à vouloir réséquer toutes les tumeurs blanches du genou.

En effet, de ce que tous les procédés ont du bon, il ne s'en suit pas que tous conviennent à tous les

cas, aussi est-il absolument nécessaire de pouvoir en faire un choix et celui-ci dépendra des renseignements fournis par l'exploration clinique et particulièrement de ceux que donne le cathétérisme œsophagien. Celui-ci est en effet aussi indispensable dans le choix du procédé de traitement qu'il l'est pour arriver au diagnostic précis de la lésion. Grâce à lui on peut apprécier non seulement le siège et la consistance du rétrécissement mais aussi son degré. Ce dernier caractère, essentiel à préciser dans l'espèce, nous permet de diviser, au point de vue thérapeutique les rétrécissements cancéreux de l'œsophage en :

1^o Rétrécissements facilement franchissables.

2^o Rétrécissements difficilement franchissables.

3^o Rétrécissements infranchissables.

D'autre part, il est un deuxième point important à analyser, en vue de la détermination à prendre. C'est, *l'état de la déglutition*. Celui-ci ne marchant pas forcément de pair avec le degré du rétrécissement tel qu'il est appréciable par le cathétérisme.

Il faut enfin savoir tenir compte de la consistance de la lésion et de l'état général du malade.

I. — Rétrécissement facilement franchissable

Nous faisons entrer dans cette catégorie les rétrécissements dans lesquels le cathétérisme est facile avec des instruments de calibre moyen.

Quel que soit le siège de la lésion, la dysphagie est en général légère, cependant il est des cas dans lesquels ce symptôme existe d'une façon assez

intense malgré la large perméabilité de l'œsophage.

(a) *La dysphagie est légère.* — Ces cas ne se rencontrent que rarement dans les hôpitaux mais nous avons eu cependant l'occasion d'en observer trois.

En général, à cette période le malade a renoncé de lui-même à toute nourriture solide et ne prend que des aliments exclusivement liquides ou semi-liquides. Sa cachexie est peu avancée. Il vaque encore à ses occupations et ne se doute nullement de la gravité de son cas.

Dans ces conditions, et conformément à une manière de faire que nous avons souvent entendu développer par M. Bouveret, nous préconisons l'abstention absolue de tout traitement.

En effet, quel que soit le procédé palliatif proposé celui-ci mettra le malade, en admettant même que l'application soit acceptée, dans une situation inférieure à celle dont il jouit encore. On se bornera donc à le surveiller, en lui recommandant de s'abstenir de toute tentative de déglutition de substances solides. Celles-ci toujours infructueuses ne faisant qu'irriter le néoplasme.

Au contraire le malade s'efforcera de se suralimenter avec une nourriture liquide. Mais sitôt que la dysphagie aura atteint un degré suffisant pour empêcher celui-ci d'avaler un minimum de nourriture liquide nécessaire, l'intervention s'impose. Le minimum de nourriture liquide nécessaire en 24 heures à un individu qui ne travaille pas est représenté pour M. Bouveret par 3 litres de lait.

Le malade rentre alors, suivant sa lésion, soit dans la catégorie des rétrécissements facilement franchissables avec dysphagie, soit si l'obstacle est mécanique, dans celle des rétrécissements difficilement franchissables.

(b) *La dysphagie existe pour les liquides* — Le malade ne peut plus prendre son minimum de nourriture nécessaire. Avaler pour lui est un supplice et il préfère renoncer à toute alimentation plutôt que d'endurer les souffrances que lui causent chaque tentative de déglutition. La dysphagie tient alors non pas à l'obstacle mécanique, puisque le rétrécissement est toujours facilement franchissable, mais à la douleur que détermine sur le néoplasme le passage des substances alimentaires. Le cathétérisme est lui aussi excessivement douloureux ce qui fait éliminer d'emblée toute tentative de sonde à demeure.

Il n'y a donc pas de discussion possible, la création d'une fistule alimentaire s'impose. Dans les cas rares où l'œsophagostomie sera possible, on lui donnera la préférence, mais le plus souvent on aura recours à la gastrostomie. Dans ces cas la dysphagie douloureuse amène les malades de bonne heure à l'hôpital alors qu'ils ne sont pas encore cachectisés, aussi pourront-ils supporter la gastrostomie par les procédés modernes destinés à assurer autant que possible la continence de la fistule.

II. — Rétrécissements difficilement franchissables

Nous faisons rentrer dans cette catégorie tous les rétrécissements qui ne peuvent être franchis que par des instruments de petit calibre ou filiformes et nous retrouvons à nouveau la division en : *Malades à dysphagie légère et malades à dysphagie intense.*

a) *La dysphagie est légère.* Malgré la présence d'un rétrécissement serré, les malades peuvent encore avaler les trois litres de lait nécessaires sans que cela soit pour eux une fatigue.

Nous avons vu dans un cas de ce genre, M. Ganguelpe s'abstenir de toute intervention et cette conduite nous a paru des plus rationnelles, car, quand bien même le malade aurait été gastrostomisé, il ne prendrait guère plus de nourriture et on l'exposerait donc inutilement d'abord aux dangers de l'opération, ensuite à ses inconvénients. Du reste, tant que celui-ci se nourrira suffisamment, s'il dépérit ce sera à cause de la malignité de sa tumeur et la gastrostomie ou même l'œsophagostomie si elle était possible ne pourrait rien là contre. Mais sitôt que l'alimentation deviendra insuffisante, il faudra pourvoir à celle-ci par des procédés artificiels et le malade rentre alors dans les cas suivants :

b) *La dysphagie existe pour les liquides.* — Ici la quantité de liquide avalée en vingt-quatre heures tombe au-dessous du taux minimum et l'intervention s'impose.

Nous avons affirmé plus haut nos préférences pour la sonde à demeure, aussi conseillons-nous d'avoir recours à ce procédé toutes les fois que cela sera possible. C'est-à-dire :

1° Lorsque le degré du rétrécissement permet l'introduction d'une sonde de calibre suffisant (jusqu'au n° 16), pour ne pas faire craindre de perpétuelles obstructions.

2° Lorsque la tumeur ne sera ni molle ni saignante, et il nous a paru que la notion de consistance du néoplasme pouvait se percevoir au cathétérisme.

3° Lorsque le malade sera incapable de s'accoutumer à la présence constante de ce corps étranger dans le pharynx.

Dans les autres cas, on pratiquera soit l'œsophagostomie, soit la gastrostomie en un temps (Gangolphe, Jaboulay).

Comme nous l'avons déjà dit, cette manière de faire restreint l'emploi de la sonde à demeure, car, alors que le rétrécissement est encore franchissable, on pourrait, par mesure préventive, appliquer ce procédé. Mais quoique celui-ci nous paraisse le meilleur, nous ne voulons pas faire d'exception à la règle générale en sa faveur, estimant que, comme les autres, il doit être réservé aux cas seulement où l'alimentation physiologique devient insuffisante.

III. — Rétrécissements infranchissables

Dans ces cas l'intervention au bistouri s'impose. Cependant, comme on peut observer également ici des malades se nourrissant encore suffisamment, malgré l'impossibilité d'un cathétérisme prudent, on réservera, comme plus haut, l'œsophagostomie ou la gastrostomie pour le moment où la déglutition des trois litres de lait par vingt-quatre heures ne pourra plus se faire.

CONCLUSIONS

I. — L'œsophagectomie appliquée au traitement des néoplasmes du tiers supérieur de l'œsophage est une intervention sérieuse mais parfaitement légitimée, puisqu'il s'agit d'une tentative de traitement curateur.

II. — Dans les cas où la lésion n'est plus limitée à l'œsophage, le traitement palliatif nous paraît préférable, l'extirpation nécessitant dans ces cas des délabrements immenses tout en étant forcément incomplète.

III. — Dans le traitement palliatif, l'intervention n'est indiquée que si le malade ne s'alimente plus suffisamment de lui-même. Lorsqu'il avale encore un minimum de trois litres de lait par vingt-quatre heures (Bouveret), on se bornera à le surveiller, car quel que soit le procédé de traitement que l'on applique, il mettra toujours le malade au point de vue de son bien-être, dans une situation inférieure à celle dont il jouit encore pour ne lui offrir que des chances de survie très limitées. Ceci nous paraît exclure toute idée de traitement préventif.

IV. — Les procédés de traitement palliatif les meilleurs sont ceux qui se rapprochent le plus des

conditions physiologiques, tout en étant les moins dangereux. Aussi préférons-nous la sonde à demeure à la gastrostomie, réservant celle-ci pour les cas où le traitement précédent est inapplicable.

V. — La gastrostomie est le seul traitement des rétrécissements infranchissables. C'est une opération de nécessité ayant réalisé dans ces dernières années des progrès énormes.

VI. — On remarquera qu'il n'est fait ici aucune mention du tubage. De tous les procédés, c'est celui qui donne incontestablement le plus de bien-être au malade. Malheureusement, nos tentatives de traitement par ce procédé nous ont fourni des résultats éloignés trop contradictoires pour que nous puissions dès aujourd'hui en tirer des conclusions.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

OLLIER

Vu, bon à imprimer :

LE DOYEN,

LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer :

LE RECTEUR

G. COMPAYRÉ.

Lyon, le 12 juillet 1896.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	5
CHAPITRE I — Du traitement du cancer œsophagien en général.....	10
CHAPITRE II — Des divers procédés de traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage.....	15
CHAPITRE III — De la conduite à tenir en présence d'un cancer œsophagien inopérable.	82
CONCLUSIONS.....	89

